

**BEBERAPA FAKTOR YANG BERHUBUNGAN
DENGAN
PRAKTIK IBU TERHADAP ANAK
DALAM
PENCEGAHAN PRIMORDIAL
PENYAKIT JANTUNG KORONER
DI DESA SINANGGUL JEPARA**



**TESIS
UNTUK MEMENUHI SEBAGIAN PERSYARATAN
MENCAPAI DERAJAD SARJANA S2
MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT**

**NURKUKUH
NIM E4A 099 021**

**PROGRAM PASKASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2003**

UPT-PUSTAK-UNDIP

TESIS

BEBERAPA FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PRAKTIK IBU TERHADAP ANAK DALAM PENCEGAHAN PRIMORDIAL PENYAKIT JANTUNG KORONER DI DESA SINANGGUL JEPARA

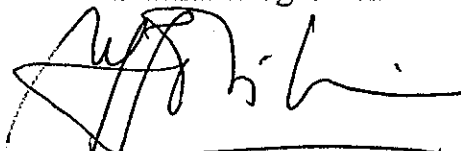
Oleh :

NURKUKUH

Telah dipertahankan di depan tim penguji
Pada tanggal : 22 – 8 – 2003
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima


Mengetahui

Pembimbing Utama



dr. Ny. Tutik Harbandinah P., SKM
NIP. : 130 354 865

Pembimbing Kedua



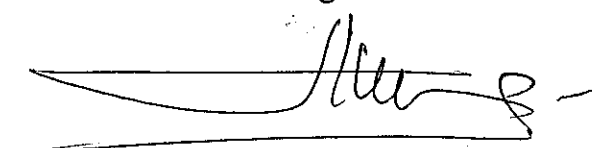
Drg. Henry Setyawan, MSc
NIP. : 131 844 806

Penguji



Dra. VG. Tinuk Istiarti, MKes
NIP. : 131 764 483

Pembimbing Utama



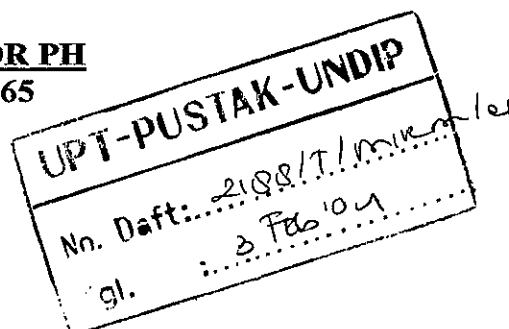
dr. Sakundarno Adi, MSc
NIP. : 131 875 459

Ketua Program Studi

Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat



dr. Sudiro, MPH, DR PH
NIP. : 131 252 965



KATA PENGANTAR

Mati mendadak selalu berpredikat tragis dalam kehidupan keluarga dalam masyarakat. Penyakit jantung koroner berstatus sebagai biang keladinya. Saat ini, upaya mencari pengobatan bila menderita penyakit, sudah menjadi kebutuhan masyarakat. Namun mencegah datangnya mati mendadak, apalagi untuk mencegah munculnya faktor risiko penyakit jantung koroner, masih memerlukan upaya promosi kesehatan.

Maka mencegah hadirnya faktor risiko penyakit jantung koroner atau pencegahan primordial yang sasaran primernya bayi dan anak sangat tepat untuk ditelaah dalam rangka penelitian tesis S2 MIKM Universitas Diponegoro.

Judul Praktik Ibu Terhadap Anak Dalam Pencegahan Primordial Penyakit Jantung Koroner, sangat gayut mengingat peran ibu masih dominan dalam pola asuhan anak.

Terima kasih kepada :

1. Bapak Boedi Darmojo dan Bapak Soeharjo Hadisaputro, Guru Besar Fakultas Kedokteran Undip, yang telah memberi wahana dan masukan bahan tesis.
2. Ibu Tutik Harbandinah Pietoyo dan Bapak Henry Setyawan yang telah membimbing penyusunan tesis ini.
3. Ibu Tinuk Istiarti dan Bapak Sakundarno Adi yang telah membahas dan memberi masukan yang sangat berharga dalam makalah tesis ini.
4. Semua pihak yang telah membantu hingga tersusunnya tesis ini, baik yang dari desa lokasi penelitian maupun pengelola program studi MIKM Universitas Diponegoro.

Semarang, Agustus 2003

Penyusun

ABSTRAK

NURKUKUH

BEBERAPA FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PRAKTIK IBU TERHADAP ANAK DALAM PENCEGAHAN PRIMORDIAL PENYAKIT JANTUNG KORONER DI DESA SINANGGUL JEPARA

Kematian akibat penyakit jantung koroner, menduduki peringkat atas bagi masyarakat Indonesia. Gaya hidup masyarakat karena arus globalisasi yang semakin kencang, mengungkit terjadinya transisi epidemiologi. Gaya hidup tersebut menurut Edelman, antara lain meliputi pola makan, pola latihan fisik, merokok Sigaret, merupakan faktor risiko terjadinya penyakit jantung koroner.

Promosi kesehatan untuk mencegah terjadinya faktor risiko penyakit jantung koroner, yang berarti sasarannya adalah bayi dan anak, adalah suatu upaya strategis yang selanjutnya disebut dengan istilah pencegahan primordial penyakit jantung koroner. Namun mencegah, bukan langkah yang mudah, dibutuhkan penelitian mendalam terhadap pola asuhan bayi dan anak, dalam hal ini praktik ibu sebagai salah satu ranah perilaku ibu.

Penelitian dilakukan dengan metode belah lintang pendekatan kuantitatif dilanjutkan pendekatan kualitatif untuk mempertajam hasil mengenai pengetahuan, sikap dan praktik terhadap bahaya, gejala, pencegahan penyakit jantung koroner. Populasi adalah ibu rumah tangga yang memiliki anak kandung usia bayi, balita, sekolah dasar. Dengan jumlah 90 sampel, serta ibu sebagai responden, diperoleh melalui metode *random number* dalam *simple random*. Analisis data kuantitatif disajikan berdasarkan tabel univariat dan uji statistik bivariat, disertai hasil analisis isi data kualitatif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap yang berkategori baik, tidak diikuti praktik dengan kategori baik. Hasil analisis tes Chi Square dan tes Spearman hanya bermakna pada hubungan antara pengetahuan ibu dan sikap ibu ($p=0,014$, $p=0,00$). Sedang faktor suami perokok mempunyai hubungan yang bermakna dengan praktik ibu berdasarkan tes Mann Whitney ($p=0,02$). Tidak ada hubungan bermakna antara pengetahuan dan sikap ibu terhadap praktik ibu. Sumber informasi yang paling banyak diserap dari keluarga / teman. Ditemukan faktor pendorong dari suami / keluarga yang berperan sebagai stimulus terhadap praktik ibu, yang ternyata mendorong timbulnya tanggapan ke arah risiko PJK karena suami perokok aktif (84,4%). Tersimpul dari analisis kualitatif bahwa dominasi peran gaya hidup termasuk merokok dan pola makan terletak pada suami.

Etika merokok bagi petugas kesehatan dan pendekatan area dalam mempersempit ruang asap rokok serta makanan tidak berlemak jenuh perlu dikampanyekan pada TK, SD dan SLTP.

Kata Kunci : Praktik ibu, pencegahan primordial
Kepustakaan : 38.1988 – 2003

ABSTRACT

NURKUKUH

**SOME FACTORS RELATED TO MOTHER'S BEHAVIOR TO THE CHILD
IN PRIMORDIAL PREVENTION HEART CORONARY DISEASE IN THE
VILLAGE SINANGGUL JEPARA**

The death consequence heart coronary disease, to sit on the first rank for Indonesia community. The style of community's life because of globalization current becomes quicker and quicker, it's pray epidemiology transition incident. That style of the life according to Edelman includes meal pattern, physical exercise pattern, smoking. These are the factors to get the heart coronary disease.

The health promotion to prevent getting the risk factors the heart coronary disease, that's mean the target is babies and children, these are the strategy effort further more are called using idiomatic The Primordial Prevention Heart coronary disease. But the prevention is not easy step, it's needed deep research to the care pattern of babies and children, in this case their mother's behavior.

The research that has location in the village aims to get information about mother's knowledge, attitude and practice to their children in the primordial prevention heart coronary disease and the factors related to it.

The reseach using star cut quantitative and continued qualitative research to sharpen the result of knowledge, attitude and practice to danger, symptom, prevention heart coronary disease. The population is a housewife that has own child still baby age, under five years age, elementary school years age with the total 90 sample with mother as a respondent. It's got through random number method in simple random. The quantitative data analyze is presented base of univariat table and statistik bivariat test.

The result of the research shows that the knowledge and attitude has good category. It's not followed by practice has good category. The analyze result of chi-square test and spearman test only mean for relation between mother's knowledge and mother's attitude ($p = 0,014$, $p = 0,00$) while the smoking husband factors has mean relation with mother practice base on Mann Whitney test ($p = 0,02$). There is no mean relation between knowledge and mother's attitude to mother's practice. The information resources that's most reserved is from family/friend.

It's found push factor from husband/family, but support direct to the risk because the husband is active smoking. The conclusion from qualitative analyze that the Domination of the style life include smoking and meal pattern lies on the husband.

Smoking ethics for health functionary and area approach in making narrower smoke space of cigarette, with the food without greasy need to campaign in children school, elementary school and yunior high school.

Key words : Mother's Behaviour, Primordial Prevention.
Lybrary : 38.1988-2003

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PENGESAHAN	
KATA PENGANTAR	
ABSTRAK	
DAFTAR TABEL	
DAFTAR GRAFIK	
DAFTAR LAMPIRAN	
BAB I PENDAHULUAN	1
1. Pendahuluan	1
a. Latar Belakang	1
b. Perumusan Masalah	6
c. Orisinalitas Penelitian	7
d. Manfaat Penelitian	8
2. Tujuan	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
1. a. Konsep Perilaku	11
b. Bentuk Perilaku	12
c. Domain Perilaku	15
d. Perubahan Perilaku	22
2. a. Tingkat Pencegahan Penyakit Jantung Koroner	30
b. Pencegahan Primordial Penyakit Jantung Koroner	31
3. Kemampuan Ibu Mengasuh Anak	35
4. Kebiasaan Hidup Keluarga	37
5. Landasan Teori	38
6. Telaah Praktik Ibu	41
7. Kerangka Konsep	42
8. Hipotesis	42
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	44
1. Jenis dan Rancangan Penelitian	44

2. Lokasi dan Waktu	44
3. Populasi, Sampel dan Responden	45
4. Variabel Penelitian	46
5. Definisi Operasional	47
6. Uji Kesahihan dan Keterandalan	48
7. Pengumpulan Data	50
8. Pengolahan Data	51
9. Jalannya Penelitian	53
10. Kelemahan Penelitian	53
BAB IV HASIL PENELITIAN	54
A. Gambaran Umum Desa Penelitian	55
1. Geografi dan Demografi	55
2. Sarana Pelayanan Kesehatan	56
B. Hasil Univariat	57
1. Karakteristik Responden	57
2. Pengetahuan Responden	58
3. Sikap Responden	62
4. Praktik Responden	63
5. Sumber Informasi	65
C. Uji Hipotesis	65
D. Hasil Analisis Data Kualitatif	73
BAB V PEMBAHASAN	78
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	86
1. Kesimpulan	86
2. Saran	87

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel III. 1 : Hasil Uji Kesahihan	49
Tabel III. 2 : Hasil Uji Keterandalan	49
Tabel IV. 3 : Distribusi Penduduk Sinanggul Berdasarkan Tingkat Pendidikan Tahun 2002	55
Tabel IV. 4 : Distribusi Penduduk Sinanggul Berdasarkan Umur dan Jenis Kelamin Tahun 2002	56
Tabel IV. 5 : Distribusi Pendidikan Responden	58
Tabel IV. 6 : Distribusi Pendidikan Responden Berdasarkan Kategori	58
Tabel IV. 7 : Distribusi Pengetahuan	59
Tabel IV. 8 : Distribusi Sikap	63
Tabel IV. 9 : Distribusi Praktik	64
Tabel IV. 10 : Distribusi Sumber Informasi	65
Tabel IV. 11 : Hubungan Pendidikan Ibu dengan Pengetahuan Ibu	66
Tabel IV. 12 : Hubungan Pendidikan Ibu dengan Sikap Ibu	66
Tabel IV. 13 : Hubungan Pendidikan Ibu dengan Praktik Ibu	67
Tabel IV. 14 : Hubungan Pengetahuan Ibu dengan Sikap Ibu	67
Tabel IV. 15 : Hubungan Pengetahuan Ibu dengan Praktik Ibu	68
Tabel IV. 16 : Hubungan Sikap Ibu dengan Praktik Ibu	68
Tabel IV. 17 : Hubungan Suami Perokok dengan Praktik Ibu	69
Tabel IV. 18 : Hubungan Informasi Keluarga dengan Pengetahuan Ibu	69
Tabel IV. 19 : Hubungan Informasi Keluarga dengan Sikap Ibu	70
Tabel IV. 20 : Hubungan Informasi Keluarga dengan Praktik Ibu	70
Tabel IV. 21 : Hasil Analisis tes Spearman	71
Tabel IV. 22 : Hasil Analisis tes Mann Whitney	72

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1 : Pengetahuan PJK dapat dicegah sejak anak/bayi.....	59
Grafik 2 : PJK dapat dicegah dengan tidak merokok	60
Grafik 3 : PJK dapat dicegah dengan mengurangi makanan lemak jenuh...	60
Grafik 4 : Pengetahuan bahaya mati mendadak	61
Grafik 5 : Pengetahuan bahaya lumpuh separo	61
Grafik 6 : Sikap terhadap menghindari asap rokok.....	62
Grafik 7 : Sikap anak boleh merokok.....	62
Grafik 8 : Praktik menghindari kepulan asap rokok	64

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Kuesener
Lampiran 2	Responden Kelompok Diskusi Terarah
Lampiran 3	Tabel Frekuensi dan Skor Perilaku
Lampiran 4	Hasil Uji Statistik
Lampiran 5	Tabulasi Fakta Hasil Diskusi Terarah
Lampiran 6	Peta Lokasi

BAB I

PENDAHULUAN

I.1.a. Latar Belakang

Penyakit yang banyak dijumpai di negara maju menurut WHO (1985) adalah penyakit kardiovaskuler (penyakit jantung dan pembuluh darah), penyakit kanker, kecelakaan, gangguan mental, penyakit degeneratif, alkoholisme, ketuaan dan lain-lain. Sedangkan di negara sedang berkembang masih didominasi penyakit infeksi, misalnya : diare, tuberkolosis, malaria, infeksi parasitologik dan lain - lain. Di Indonesia, menurut Boedi Darmojo (1995, 1996), meningkatnya taraf hidup dan kualitas hidup masyarakat mengakibatkan meningkatnya morbitas dan mortalitas penyakit yang disebabkan oleh perilaku kehidupan modern, misalnya penyakit jantung koroner (PJK).

Tersebarinya pelayanan kesehatan sampai wilayah terpencil dengan adanya Puskesmas tiap 30.000 – 60.000 penduduk atau dalam setiap wilayah Kecamatan, disertai tersebarinya tenaga kesehatan, dokter dan bidan di desa, membawa pengaruh meningkatnya derajat kesehatan masyarakat. Tampak angka kematian bayi pada tahun 1967, 145 per 1000 kelahiran hidup menurun pada tahun 1993 menjadi 58 per 1000 kelahiran hidup (Muninjaya, 1999). Bukan hanya pembangunan kesehatan yang meningkat, juga pembangunan fisik pada umumnya telah mengubah keadaan sosial ekonomi masyarakat. Data Work Bank tahun 1979, memaparkan Produk Nasional Bruto (PNB) per kapita 80 US Dolar, naik menjadi 300 US Dolar (1977), dan data tahun 1991,

PNB per kapita masyarakat Indonesia menjadi 1000 US Dolar dan 1500 US Dolar untuk tahun 1996. Dua faktor di atas akan mempengaruhi angka harapan hidup. Bila tahun 1967 sebesar 45,7 tahun, maka tahun 1993 angka harapan hidup sebesar 62,3 tahun, dan 62,4 tahun untuk tahun 1998 (Boedi Darmojo, 1996, Muninjaya, 1999).

Perubahan dan masa transisi demografi dan keadaan sosial ini dapat mengakibatkan perubahan perilaku manusia. Perubahan perilaku yang timbul, dalam jangka panjang, menyebabkan Indonesia menghadapi perubahan sebaran penyakit seperti pola penyakit di negara maju, misalnya penyakit degeneratif, penyakit jantung koroner, disamping penyakit infeksi yang belum sepenuhnya ditanggulangi. Hal ini akan mendukung terjadinya transisi epidemiologik, yang pada umumnya sangat dipengaruhi oleh perubahan demografi, dan keadaan sosial. Misalnya perubahan populasi terjadi, terutama akibat bertambahnya golongan lanjut usia, yang secara tidak langsung menyebabkan meningkatnya penyakit degeneratif, kardiovaskuler, kanker dan stroke. Memperhatikan transisi epidemiologik serta akibat-akibat yang mungkin timbul, maka perlu dibuat suatu program terpadu yang intensif untuk menghadapinya. Hal ini seperti yang diestimasi oleh Bank Dunia tahun 2015. Menurut laporan Soemantri S dan Siregar KN tahun 1994 berdasarkan proyeksi demographi model tahun 1985, yang menyatakan bahwa jumlah angka kematian 37,9 menjadi 47,8 per 1.000.000 penduduk di negara sedang berkembang yang sebagian besar didominasi oleh penyakit sirkulasi (Setianto Budi, 1989, Boedi Darmojo, 1996).

WHO (World Health Organization) tahun 1988 memberikan rekomendasi kepada negara anggota untuk meningkatkan pencegahan dan pemberantasan penyakit kardiovaskuler (PKV) yang berbasis komunitas melalui pelayanan kesehatan dasar. WHO telah mengantisipasi dengan studinya yang terkenal dalam pencegahan PKV dan Stroke yang disebut WHO MONICA PROJECT (MONICA = *Monitoring Trend and Determinants of Cardiovascular Disease*), yang ingin mencari cara yang terbaik dalam mengurangi morbiditas dan mortalitas penyakit kardiovaskuler dan stroke di masyarakat. Proyek WHO MONICA di Indonesia tersebut mulai pada tahun 1988, yang melakukan studi intervensi di daerah perkotaan Jakarta, dan kemudian pada tahun 1994 sampai dengan 1996 studi MONICA juga dilakukan untuk daerah pedesaan di Jawa Tengah antara lain di desa Sinanggul Jepara. Oleh Boedi Darmojo (1996) dilaporkan, baik di perkotaan maupun di pedesaan, intervensi berupa KIE mengenai cara-cara pencegahan penyakit jantung untuk masyarakat umum, tidak dapat membendung peningkatan faktor-faktor risiko penyakit jantung maupun jumlah kejadian PJK. Hal ini terbukti pada hasil penelitian Monica di pedesaan (1996) menunjukkan bahwa faktor risiko penyakit hipertensi ditemukan 7,9% (1994), 13,1% (1996), kadar kolesterol > 250 mg% meningkat dari 3,8% (1994) menjadi 27,0% (1996). Prevalensi infark miokard lama dan iskemia miokard (yang ditemukan pada tanda-tanda EKG yang termasuk dalam (PJK) mengalami kenaikan dibanding angka dua tahun yang lalu, yaitu infark miokard lama 0,7% (1994) menjadi 2,3% (1996).

Pencegahan terhadap PJK di masyarakat dapat dilakukan dalam empat cara, yaitu pencegahan primordial, pencegahan primer, sekunder dan tersier. Rose (1985) membagi tingkat pencegahan PJK dengan menyesuaikan fase-fase yang berbeda dari perkembangan penyakit jantung koroner. Sehingga muncul empat cara pencegahan, yang sebenarnya merupakan bagian dari promosi kesehatan. Pencegahan primordial merupakan satu kesatuan dengan tingkat pencegahan primer menurut Leavell and Clark. Pencegahan primordial adalah upaya untuk mencegah munculnya predisposisi terhadap PJK pada suatu wilayah, dimana belum tampak adanya upaya untuk mencegah atau menghambat adanya PJK. Sedangkan pencegahan primer adalah upaya untuk mencegah atau menghambat adanya PJK. Pencegahan sekunder merupakan upaya untuk mencegah serangan ulang PJK dan pencegahan tersier adalah upaya pencegahan terhadap komplikasi atau kematian yang diderita. Dalam usaha pencegahan PJK secara menyeluruh diupayakan pencegahan dini yang berkesinambungan, yang bertujuan untuk mengamankan penduduk dalam suatu wilayah terhadap kemungkinan adanya faktor risiko PJK. Dalam hal ini perencanaan pencegahan dapat di bagi tiga komponen, yaitu pertama, perencanaan yang berkaitan dengan populasi yang meliputi perubahan pola hidup, pengaruh lingkungan faktor sosioekonomi dan sosiokultural. Kedua, komponen perencanaan yang berkaitan dengan pengendalian faktor risiko PJK. Misalnya hipertensi merokok, hiperlipedemi, obesitas, diabetes militus, kurang olah raga. Ketiga, komponen perencanaan yang berkaitan dengan pencegahan sekunder yang merupakan upaya-upaya untuk menghambat

perjalanan PJK pada kelompok penderita. Demikian menurut Mampton J (1999), Kaplan NM and Stamer J (1983), Pearson TA (1990) dalam usaha mencegah PJK. Beberapa kemungkinan yang dapat mempengaruhi peningkatan jumlah faktor risiko tersebut, diantaranya adalah arus globalisasi dan sistem informasi media elektronika yang semakin marak memberikan dampak pengetahuan dan peningkatan konsumsi. Disamping peningkatan tingkat pendidikan daya beli responden, memberikan peluang untuk memilih makanan yang memenuhi selera masyarakat, dalam kehidupan modern dan kurangnya pengetahuan mengenai PJK dan stroke (Kaplan, 1994).

Maka pemilihan perencanaan pencegahan yang berkaitan dengan pengendalian faktor PJK komponen ke 2 adalah sangat gayut. Dalam hal ini pencegahan primordial yang tujuannya mencegah timbulnya predisposisi faktor risiko PJK, sehingga sasaran pencegahan primordial yaitu yang cenderung belum terpengaruh faktor risiko PJK, misalnya bayi, balita dan anak usia pra sekolah / SD. Suatu perencanaan pencegahan membutuhkan data yang berhubungan dengan faktor risiko PJK karena PJK merupakan penyakit "*Aterogenic Lifestyle*", maka data perilaku sangat menunjang. Sehubungan sasaran pencegahan primordial adalah bayi, balita dan anak usia pra sekolah SD, maka tepatlah bila yang ditelaah dalam penelitian ini ke arah perilaku ibu. Perilaku ibu tersebut meliputi bagaimana pengetahuan, sikap dan praktik ibu dalam hal menghadapi berbagai faktor risiko PJK, khususnya telaah mengenai praktik ibu. Hal ini sesuai dengan disertasi Satoto, tahun 1990, yang melorkan dalil : Interaksi ibu-anak merupakan stimuli dalam

keluarga yang saling mempengaruhi. Sedangkan Nico S Kalangi (1985) mengatakan bahwa pengalaman seseorang sejak masa anak, banyak mempengaruhi selera utama pada umumnya, khususnya makanan, dimana ia belajar makan. Disamping itu *Ottawa Charter* (1978) telah merekomendasikan perlunya pemberdayaan ibu dalam promosi kesehatan.

Atas dasar hal tersebut, dilakukan penelitian mengenai praktik ibu terhadap anak dalam pencegahan primordial PJK. Lokasi penelitian memilih di desa Sinanggul Jepara oleh karena desa ini merupakan salah satu desa penelitian WHO MONICA PROJECT 1994 – 1996, yang menunjukkan meningkatnya sejumlah faktor risiko seperti terpapar di atas. Dengan sendirinya, masyarakat desa tersebut mempunyai faktor predisposisi untuk terjadinya faktor risiko PJK. Maka dibutuhkan upaya pencegahan terhadap anak sejak usia sedini mungkin. Kebiasaan keluarga termasuk praktik ibu dalam mengasuh anak sangat mempengaruhinya. Dengan latar belakang itu penelitian ini dilakukan.

I.1.b. Perumusan Masalah

Berbeda dengan Winslow yang membagi tiga tingkatan pencegahan penyakit, yaitu pencegahan primer, sekunder dan tersier, maka khususnya pada PJK, sebelum sampai pada tingkat pencegahan primer yaitu promosi kesehatan dan perlindungan spesifik, diawali dengan pencegahan primordial, yang menjaga agar sasaran tidak mampu mencapai predisposisi risiko PJK atau mencegah manifestasi dari faktor risiko PJK. (Rose, 1985)

Berdasarkan penjelasan di atas bahwa sasaran pencegahan primordial adalah bayi, balita dan anak pra sekolah / SD, dan dominasi asuhan terletak pada ibunya. Maka masalah yang dikemukakan :

Faktor apa sajakah yang berhubungan dengan praktik ibu terhadap anak dalam pencegahan primordial PJK ?

I.1.c. Orisinalitas Penelitian

Sepengetahuan penulis, penelitian mengenai Praktik Ibu Terhadap Anak Dalam Pencegahan Primordial PJK baru kali ini dilakukan. Yang sudah sering diteliti, pencegahan primer, sekunder dan tersier (rehabilitasi) terutama yang berkaitan dengan kedokteran kuratif dan kedokteran rehabilitatif. Misalnya, Boedi Darmojo R dkk, tentang faktor risiko PJK (1985), penyakit jantung koroner di komunitas (1991), pendidikan kesehatan PJK oleh David M Leume (1980). Pengukuran pencegahan penyakit kardiovaskuler oleh Dede Kusmana dkk, (2002) yang bersifat pencegahan primer. Sedang penelitian ini dapat dikatakan penelitian lanjutan dari penelitian WHO MONICA PROJECT 1994 – 1996 yang menggunakan desain quasi eksperimental dengan intervensi yang berkaitan dengan pencegahan primer PJK. Sebagai sasaran primer yaitu penduduk usia 25 – 64 tahun di 9 desa Jawa Tengah, antara lain di desa Sinanggul Jepara. Di desa ini pula penelitian praktik ibu dalam pencegahan primordial PJK dilaksanakan, yang mengambil sasaran pencegahan PJK untuk usia bayi, balita dan pra sekolah / SD. Perubahan perilaku termasuk praktik, sangat sulit dihasilkan, sehingga hal ini perlu dimulai sejak kecil atau bayi dan

dalam lingkungan keluarga. Perilaku gizi termasuk praktik serta kebiasaan merokok misalnya, sangat dipengaruhi oleh kebiasaan keluarga. Dan penelitian ini berupaya mencari faktor-faktor tentang hal apa saja yang berhubungan dengan perilaku praktik terhadap anak dalam menghindari faktor risiko PJK.

I.1.d. Manfaat Penelitian

1. Terhadap perkembangan ilmu pengetahuan dan penelitian kesehatan masyarakat ; khususnya bidang promosi kesehatan.
 - a. Menambah kasanah dan wawasan ilmu pengetahuan tentang pencegahan mengenai faktor-faktor yang menjadi latar belakang munculnya praktik ibu dalam mencegah hadirnya faktor PJK.
 - b. Menambah kasanah dan wawasan ilmu pengetahuan penyakit jantung koroner, khususnya mengenai pencegahan primordial.
2. Terhadap pelayanan kesehatan Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara :
 - a. Menggali, mengelola dan menerapkan paradigma sehat, khususnya terhadap merebaknya kematian akibat penyakit kardiovaskuler.
 - b. Mendapat masukan guna merencanakan program pengendalian faktor risiko PJK.
 - c. Mendapat bahan untuk menyusun isi dan memilih media yang tepat sasaran dan tepat guna untuk promosi pencegahan PJK.

3. Terhadap masyarakat :

- a. Memberi masukan kepada masyarakat, khususnya ibu, tentang pencegahan primordial PJK di lokasi penelitian.
- b. Menambah wawasan pada masyarakat umumnya, setelah membaca hasil penelitian ini, sehingga akan bersemangat untuk mempraktekkan pencegahan dari pada pengobatan PJK.

4. Bagi peneliti

- a. Menambah wawasan dan informasi ilmu pengetahuan mengenai ilmu promosi kesehatan khususnya dalam pencegahan primordial PJK.
- b. Menambah pengalaman meneliti ilmu pengetahuan dan teknologi yang baik dan benar.
- c. Menerapkan teori yang diperoleh dalam studi S2 MIKM UNDIP dalam masyarakat.

1.2. TUJUAN PENELITIAN

Umum :

Memperoleh gambaran mengenai faktor yang berhubungan dengan praktik ibu terhadap anak dalam melakukan pencegahan primordial PJK dan menganalisa faktor yang berhubungan dengan praktik tersebut.

Khusus :

- a. Memperoleh informasi pengetahuan ibu dalam pencegahan primordial PJK.

- b. Memperoleh informasi mengenai sikap ibu terhadap pencegahan primordial PJK.
- c. Memperoleh informasi mengenai praktik ibu dalam pencegahan primordial PJK terhadap anaknya sejak bayi hingga usia SD.
- d. Mengetahui jenis sumber informasi yang memberi pengetahuan pada ibu.
- e. Mengetahui faktor-faktor predisposisi dari ibu yang berhubungan dengan perilaku ibu dalam pencegahan primordial PJK.
- f. Mengetahui faktor-faktor pendorong pada ibu yang berhubungan dengan perilaku dalam pencegahan primordial PJK.
- g. Mengetahui faktor-faktor pendukung dari ibu yang berhubungan dengan perilaku ibu dalam pencegahan primordial PJK.
- h. Mengetahui hubungan antara faktor predisposisi, faktor pendorong dan faktor pendukung, perilaku ibu dalam pencegahan primordial PJK.
- i. Mengetahui hubungan antara faktor pendorong dengan praktik ibu dalam pencegahan primordial PJK.
- j. Mengetahui hubungan antara sumber informasi dengan praktik ibu dalam pencegahan primordial PJK.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II.1.a. Konsep Perilaku

Menurut Soekidjo Notoatmodjo (1993,1997,2003), dari sisi pandangan biologis, perilaku merupakan kegiatan organisme yang bersangkutan, mempunyai bentangan luas seperti berfikir, persepsi dan emosi yang dapat diamati langsung atau tidak langsung (30, 32). Psikologi memandang perilaku manusia sebagai reaksi yang dapat bersifat sederhana maupun bersifat kompleks (Saifudin A, 1997). Skinner (1938) seorang ahli perilaku mengemukakan bahwa perilaku adalah merupakan hasil hubungan antara perangsang (*stimulus*) dan tanggapan (*respon*).

Untuk membentuk jenis respon atau perilaku ini perlu diciptakan adanya suatu kondisi tertentu, yang disebut *operant conditioning*. Prosedur pembentukan perilaku ini menurut Skinner adalah sebagai berikut :

1. Melakukan identifikasi tentang hal-hal yang merupakan penguat atau *reinforcer* berupa hadiah-hadiah atau *rewards* bagi perilaku yang akan dibentuk.
2. Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen-komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki. Kemudian komponen-komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud.

3. Dengan menggunakan secara urut komponen-komponen itu sebagai tujuan sementara, mengidentifikasi *reinforcer* atau hadiah masing-masing komponen tersebut.
4. Melakukan pembentukan perilaku, dengan menggunakan urutan komponen yang telah tersusun itu. Apabila komponen pertama telah dilakukan, maka hadiahnya diberikan, hal ini akan mengakibatkan komponen atau perilaku (tindakan) tersebut cenderung akan sering dilakukan. Kalau perilaku ini sudah terbentuk, kemudian dilakukan komponen (perilaku) yang kedua yang diberi hadiah (komponen pertama tidak memerlukan hadiah lagi), demikian berulang-ulang sampai komponen kedua terbentuk. Setelah itu dilanjutkan dengan komponen ketiga, keempat dan selanjutnya sampai seluruh perilaku yang diharapkan terbentuk. (Soekidjo N, 1993, 1997, 2003)

II.1.b. Bentuk Perilaku

Secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respon organisme seseorang terhadap rangsangan (*stimulasi*) dari luar subjek tersebut.

Respon ini berbentuk dua macam, yakni :

1. Bentuk pasif adalah respon internal, yaitu terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berfikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan.
2. Bentuk aktif, yaitu apabila perilaku itu dapat diobservasi secara langsung.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan sikap adalah merupakan respons seseorang terhadap stimulasi atau rangsangan yang masih bersifat terselubung dan disebut "*covert behavior*" (Soekidjo N, 2003, Saifudin A, 1997). Sedangkan tindakan nyata seseorang sebagai respons seseorang terhadap stimulasi adalah merupakan "*overt behavior*". Dengan demikian secara lebih terinci perilaku itu mencakup :

1. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit, yaitu bagaimana manusia berespon, baik secara pasif (mengetahui, bersikap dan mempersepsi penyakit dan rasa yang ada pada dirinya dan diluar dirinya), maupun aktif (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit tersebut. Perilaku terhadap sakit dan penyakit ini dengan sendirinya sesuai dengan tingkat-tingkat pencegahan penyakit, yakni :
 - a. Perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*), misalnya makan makanan yang bergizi, olah raga dan sebagainya.
 - b. Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*), adalah respon untuk melakukan pencegahan gigitan nyamuk malaria, imunisasi dan sebagainya. Termasuk juga perilaku untuk tidak menularkan penyakit kepada orang lain.
 - c. Perilaku sehubungan dengan pencarian pengobatan (*health seeking behavior*), yaitu perilaku untuk melakukan atau mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas kesehatan modern (puskesmas, mantri, dokter praktek

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan sikap adalah merupakan respons seseorang terhadap stimulasi atau rangsangan yang masih bersifat terselubung dan disebut "*covert behavior*" (Soekidjo N, 2003, Saifudin A, 1997). Sedangkan tindakan nyata seseorang sebagai respons seseorang terhadap stimulasi adalah merupakan "*overt behavior*". Dengan demikian secara lebih terinci perilaku itu mencakup :

1. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit, yaitu bagaimana manusia berespon, baik secara pasif (mengetahui, bersikap dan mempersepsi penyakit dan rasa yang ada pada dirinya dan diluar dirinya), maupun aktif (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit tersebut. Perilaku terhadap sakit dan penyakit ini dengan sendirinya sesuai dengan tingkat-tingkat pencegahan penyakit, yakni :
 - a. Perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*), misalnya makan makanan yang bergizi, olah raga dan sebagainya.
 - b. Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*), adalah respon untuk melakukan pencegahan gigitan nyamuk malaria, imunisasi dan sebagainya. Termasuk juga perilaku untuk tidak menularkan penyakit kepada orang lain.
 - c. Perilaku sehubungan dengan pencarian pengobatan (*health seeking behavior*), yaitu perilaku untuk melakukan atau mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas kesehatan modern (puskesmas, mantri, dokter praktek

dan sebagainya), maupun ke fasilitas kesehatan tradisional (dukun, sinthe dan sebagainya).

- d. Perilaku sehubungan dengan pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*), yaitu perilaku yang berhubungan dengan usaha-usaha pemulihan kesehatan setelah sembuh dari suatu penyakit. misalnya melakukan diet, mematuhi anjuran-anjuran dokter dalam rangka pemulihan kesehatannya. (Bart Smet, 1994)
2. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan, adalah respons seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan baik sistem pelayanan kesehatan modern maupun tradisional. Perilaku ini menyangkut respons terhadap fasilitas pelayanan, cara pelayanan, petugas kesehatan dan obat-obatnya, yang terwujud dalam pengetahuan, persepsi, sikap dan penggunaan fasilitas, petugas dan obat-obatan. (Soekidjo N, 1993, 1997, 2003)
3. Perilaku terhadap makanan (*nutrition behavior*), yakni respons seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan. Perilaku ini meliputi pengetahuan, persepsi, sikap dan praktik kita terhadap makanan serta unsur-unsur yang terkandung di dalamnya (zat gizi), pengelolaan makanan dan sebagainya sehubungan kebutuhan tubuh kita. Demikian menurut Nico Kalangi (1985).
4. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan adalah respons seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia. Lingkup perilaku ini seluas lingkup kesehatan lingkungan itu sendiri. Perilaku ini antara lain mencakup :

- a. Perilaku sehubungan dengan air bersih, termasuk di dalamnya komponen, manfaat dan penggunaan air bersih untuk kepentingan kesehatan.
- b. Perilaku sehubungan dengan pembuangan air kotor, yang menyangkut segi-segi higienes, pemeliharaan, teknik dan penggunaannya.
- c. Perilaku sehubungan dengan limbah, baik limbah padat maupun limbah cair. Termasuk di dalamnya sistem pembuangan sampah dan air limbah yang sehat, serta dampak pembuangan limbah yang tidak baik.

Menurut Ensiklopedi Amerika, perilaku diartikan sebagai suatu aksi reaksi organisme terhadap lingkungannya. Hal ini berarti bahwa perilaku baru terjadi apabila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi, yakni yang disebut rangsangan. Dengan demikian, maka suatu rangsangan tertentu akan menghasilkan reaksi atau perilaku tertentu.

Robert Kwick menyatakan bahwa perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari. Perilaku tidak sama dengan sikap. Sikap adalah hanya suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu objek, dengan suatu cara yang menyatakan adanya tanda-tanda untuk menyenangkan atau tidak menyenangkan objek tersebut. (Soekidjo N, 1993, 1997, 2003)

II.1.c. Domain Perilaku Kesehatan

Perilaku itu sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup sangat luas. Banyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi

perilaku itu ke dalam 3 domain (ranah/kawasan), meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas.

Pembagian kawasan ini dilakukan untuk kepentingan tujuan pendidikan bahwa dalam tujuan suatu pendidikan adalah mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain perilaku tersebut, yang terdiri dari : a). Ranah Kognitif (*cognitive domain*), b). Ranah Efektif (*affective domain*), dan c). Ranah Psikomotor (*psychomotor domain*).

Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan dan untuk kepentingan pengukuran hasil pendidikan, ketiga domain ini diukur dari :

- a. Pengetahuan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*knowledge*).
- b. Sikap atau lapangan peserta didik terhadap materi sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan (*practice*).

Terbentuknya suatu perilaku baru pada subjek orang dimulai pada domain kognitif, dalam arti subjek menerima lebih dahulu stimulus yang berupa materi atau objek di luarnya. Sehingga menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap si subjek terhadap objek yang diketahui itu. Akhirnya rangsangan yakni objek yang telah diketahui dan disadari sepenuhnya tersebut akan menimbulkan respon lebih jauh lagi, yaitu berupa tindakan (*action*) terhadap atau sehubungan dengan stimulus atau subjek tadi. Namun demikian, di dalam kenyataan stimulus yang diterima oleh subjek dapat langsung menimbulkan tindakan. Artinya seseorang dapat bertindak atau berperilaku baru tanpa mengetahui terlebih dahulu terhadap makna stimulus yang

diterimanya. Dengan kata lain tindakan (*practice*) seseorang tidak harus didasari oleh pengetahuan atau sikap.

II.1.c.i. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan adalah merupakan : “tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni : indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. (Soekidjo N, 1993, 1997)

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Cridder, tahun 1981 berhipotesa bahwa pengetahuan anak bertambah lewat urutan sistematis, dapat diramalkan, mengikuti kerangka teori Piaget. (Bart Smet, 1994)

Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rigers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

- a. *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- b. *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Di sini sikap subjek mulai timbul.

- c. *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- d. *Trial*, dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
- e. *Adaption*, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian dari penelitian selanjutnya Rigors menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut di atas.

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini, dimana disadari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan tidak berlangsung lama.

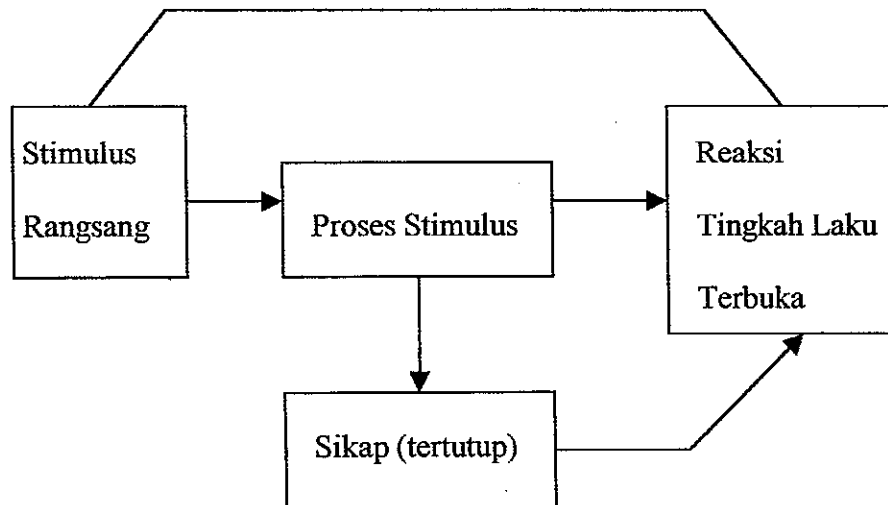
Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara yang menanyakan tentang yang ingin diukur dari subjek penelitian. Pengetahuan yang ingin diukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut di atas. (Soekidjo N, 1993, 1997, 2003)

II.1.c.ii. Sikap

Istilah sikap digunakan pertama kali oleh Herbert Spencer tahun 1862 yang pada saat itu artinya status mental. Thurstone (1928), Likert (1932) berpendapat sikap adalah bentuk reaksi perasaan. Chave (1928) mengatakan

sikap adalah respon terhadap stimulus sosial. Secord dan Bacman (1964) mendefinisikan sikap sebagai keteraturan dalam hal perasaan (*afeksi*), pemikiran (*kognisi*) dan predisposisi tindakan (*konasi*).

Bagan dibawah ini lebih dapat menjelaskan sikap, menurut Newcomb :



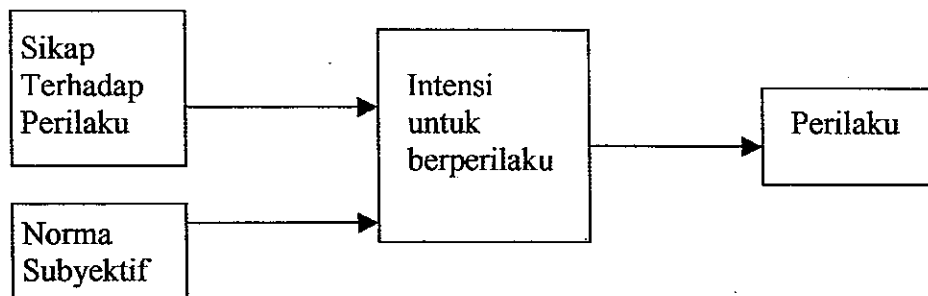
Bagan 1 : Teori Newcomb (Sukidjo N, 1996)

Dalam bagian lain Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yakni :

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek.
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek.
- c. Kecenderungan untuk bertindak.

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh. Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berfikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

Teori Tindakan Beralasan dari Ajzen dan Fishbein, menyatakan bahwa sikap mempengaruhi perilaku lewat proses pengambilan keputusan yang beralasan, yang ditentukan oleh sikap spesifik, norma subyektif dan niat berperilaku. (Saifudin A, 1997)



Bagan 2 : Teori Tindakan Beralasan (Ajzen dan Fishbein, 1980)

Sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan, yakni :

1. Menerima

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau memperhatikan stimulus yang memberikan (objek).

2. Merespon

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang memberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, lepas pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang menerima ide tersebut.

3. Menghargai

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4. Bertanggung jawab

Bertanggung jawab atas segala suatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

Pengukuran sikap dilakukan dengan cara langsung, dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pertanyaan responden terhadap suatu objek.

(Soekidjo N, 1993, 1997)

II.1.c.iii. Praktik

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan untuk terwujudnya sikap menjadi perbuatan nyata diperlukan faktor atau suatu kondisi yang memungkinkan. Di samping faktor fasilitas juga diperlukan faktor dukungan dari pihak lain.

Tingkat-tingkat praktik :

1. Persepsi

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

2. Respon Terpimpin

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat dua.

3. Mekanisme

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

4. Adaptasi

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi sendiri tanpa mengurangi kebenaran tindakannya.

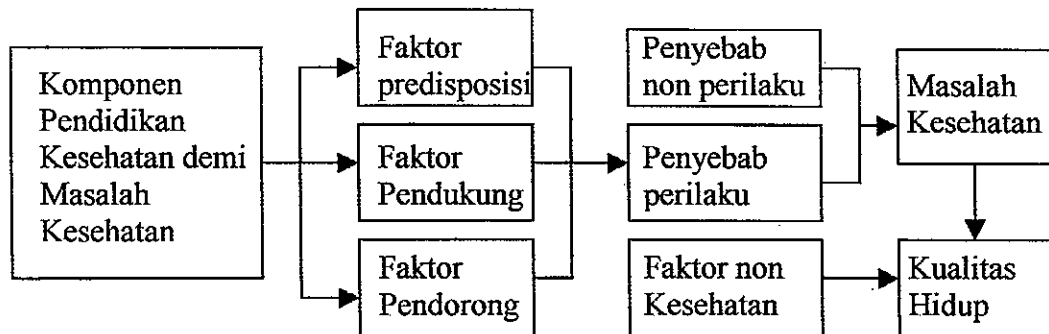
Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung, yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden. (Soekidjo N, 1997, 2003)

II.1.d. Perubahan Perilaku

Green (1980), menyebut 3 faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku individu maupun kelompok sebagai berikut :

- a. Faktor yang mempengaruhi (*faktor predisposisi*) yang mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, norma sosial dan unsur lain yang di dapat dalam diri individu maupun masyarakat.
- b. Faktor pendukung (*faktor enabling*) antara lain keberatan petugas yang melayani tersedianya sarana kesehatan dengan keterjangkauannya bagi masyarakat, adanya media dan sebagainya.
- c. Faktor pendorong (*faktor reinforcing*) yakni faktor yang memperkuat perubahan perilaku seseorang dikarenakan adanya sikap dan perilaku yang lain, seperti sikap suami, orang tua, teman dan sebagainya.

Faktor yang mempengaruhi dan menentukan perilaku kesehatan individu dan kelompok oleh Green (1980) digambarkan pada bagan sebagai berikut :



Bagan 3 : Teori Green dalam pelayanan kesehatan.

II.1.e. Teori Stimulus-Organisme-Respon (S-O-R)

Teori ini mendasarkan asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (*stimulus*) yang berkomunikasi dengan organisme. Artinya kualitas dari sumber komunikasi (*sources*) misalnya : kredibilitas, kepemimpinan, gaya berbicara sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku seseorang, kelompok atau masyarakat.

Hosland, et al (1953) mengatakan bahwa proses perubahan perilaku pada hakikatnya adalah sama dengan proses belajar. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari :

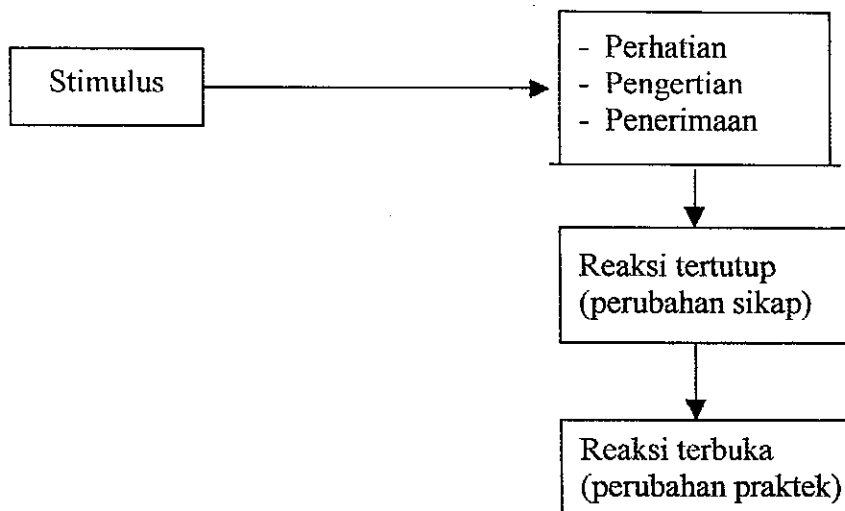
1. Stimulus (rangsang) yang diberikan pada organisme dapat diterima atau ditolak. Apabila stimulus tersebut tidak diterima atau ditolak berarti stimulus itu tidak efektif mempengaruhi perhatian individu, dan berhenti di

sini. Tetapi bila stimulus diterima oleh organisme berarti ada perhatian dari individu dan stimulus tersebut efektif.

2. Apabila stimulus telah mendapat perhatian dari organisme (diterima) maka ia mengerti stimulus ini dan dilanjutkan kepada proses berikutnya.
3. Setelah itu organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesediaan untuk bertindak demi stimulus yang telah diterimanya (bersikap).
4. Akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (perubahan perilaku).

Selanjutnya teori ini mengatakan bahwa perilaku dapat berubah hanya apabila stimulus (rangsang) yang diberikan benar-benar melebihi dari stimulus semula. Stimulus yang dapat melebihi stimulus semula ini berarti stimulus yang diberikan harus dapat meyakinkan organisme. Dalam meyakinkan organisme ini faktor "*reinforcement*" memegang peranan penting.

Proses perubahan perilaku berdasarkan teori S-O-R ini dapat digambarkan sebagai berikut :



Bagan 4 : Teori S-O-R (Soekidjo N, 1997)

II.2. PENYAKIT JANTUNG KORONER DAN USAHA PENCEGAHANNYA

Penyakit jantung koroner adalah kelainan yang disebabkan oleh penyempitan atau penghambatan pembuluh arteri yang mengalirkan darah ke otot jantung. Jantung diberi oksigen dan darah melalui arteri-arteri koroner utama yang bercabang menjadi sebuah jaringan pembuluh lebih kecil yang efisien. (Soler S, 1980, Mitchel P, 1995, Wardoyo AB, 1996)

Untuk berfungsi dengan baik dalam memompa darah keseluruh tubuh, jantung membutuhkan penyediaan darah yang cukup untuk memenuhi keperluan hidup sehari-hari seperti berjalan kaki dan gerak badan. Dengan tubuh semakin tua dan memburuk oleh bermacam-macam faktor risiko seperti tekanan darah tinggi, merokok dan konsentrasi kolesterol darah yang abnormal, pembuluh menjadi usang dan pembuluh arteri koroner menjadi sempit dan tersumbat, persis seperti karatan pada korosi pipa air.

Mengerasnya dan menyempitnya pembuluh darah oleh pengendapan kalsium dan endapan lemak berwarna kuning dikenal sebagai *aterosklerosis* bila terdapat aliran kekurangan aliran darah ke otot jantung, kondisi ini dikenal dengan *iskemik*.

Proses ini mulai usia muda dan berkembang bervariasi pada masing-masing orang, sesuai dengan hadirnya “faktor-faktor risiko”. Penyakit jantung iskemik biasanya mulai nampak pada umur setengah tua ketika urat nadi koroner mulai tersumbat, sehingga suplai darah tidak cukup untuk memenuhi keperluan otot jantung. (Wardoyo AB, 1996, Mangku Sitepu, 1997)

Disamping itu, dinding pembuluh arteri koroner juga mengandung serabut-serabut otot polos yang oleh sesuatu sebab dapat berkerut dengan akibat menyempitnya saluran pembuluh secara tiba-tiba, sehingga penderita merasakan nyeri dada, bahkan sampai terjadi serangan jantung mendadak. (Wardoyo AB, 1996)

Pada PJK dikenal adanya berbagai faktor risiko yang mendorong atau menyebabkan timbulnya penyakit jantung. Karena itu, kita perlu mengenal dan mengambil tindakan untuk mengurangi, bahkan bila mungkin menghilangkannya, guna mencegah terjadinya serangan jantung. Faktor-faktor risiko bisa dibagi menjadi 2 golongan besar, yaitu pertama, faktor risiko yang dapat dikurangi, diperbaiki atau dimodifikasi. Kedua, yang bersifat alami atau tidak dapat dicegah. Faktor risiko yang dapat dikurangi, diperbaiki atau dimodifikasi dalam usaha mencegah terjadinya PJK atau serangan jantung adalah :

- a. Kolesterol dan trigliserida
- b. Diabetes mellitus
- c. Tekanan darah tinggi
- d. Merokok
- e. Ketegangan (stress)
- f. Kegemukan
- g. Kurang aktifitas fisik

Banyak faktor-faktor di atas berkaitan satu sama yang lain, sehingga dengan mengubah satu faktor, faktor yang lain pun bisa terpengaruh. Misalnya, peningkatan intensitas olah raga atau latihan akan mengurangi kegemukan, pada taraf berikutnya dapat pula menurunkan kadar kolesterol darah dan tekanan darah tinggi. Ini semua amat membantu dalam usaha mencegah PJK dan lebih jauh lagi mengurangi potensi terjadinya jantung. (Kaplan, 1994, Imam Suharto, 2000)

Berdasarkan rekomendasi *Amerika Heart Association* 1996, faktor risiko dapat dikurangi dengan :

- a. Tidak merokok
- b. Tingkat masukan kalori dan aktivitas fisik yang sesuai untuk mencegah kegemukan dan mengurangi berat badan bagi mereka yang sudah terlanjur gemuk.
- c. Konsumsi lemak maksimal sebesar 30% dari kalori setiap harinya.
- d. Konsumsi maksimal 10% dari total kalori *poly-unsaturated fatty acid* (asam lemak tidak jenuh ganda).

- e. Konsumsi maksimal 15% total kalori dari asam lemak tidak jenuh tunggal (*mono unsaturated faty acid*).
- f. Konsumsi maksimal 300mg/dl kolesterol.
- g. Konsumsi tidak lebih dari 2,4 gram sodium.
- h. Konsumsi 54-60% dari kalori yang terbentuk karbohidrat komplek.

Faktor risiko alami yang sulit untuk dimodifikasi yaitu : keturunan, jenis kelamin, umur, pernah terkena serangan jantung, operasi pintas koroner (balon).

Boedi Darmojo (1995, 2000) menulis bahwa prevalensi penyakit kardiovaskuler di Indonesia dari tahun ke tahun menunjukkan angka peningkatan, terutama dapat di lihat dari hasil survei kesehatan rumah tangga tahun 1972, 1980, 1986,1992 dan 1995.

Dengan usaha pencegahan dan cara hidup yang baik terlihat penurunan mortalitas penyakit jantung koroner di Amerika sejak 1968. Hal ini disebabkan oleh perubahan pola hidup, misalnya masukan makanan (lemak dan jumlah kalori menurun, kadar kolesterol menurun), jumlah perokok berkurang dan lain-lain. Di Indonesia hipertensi, merokok dan diabetes mellitus merupakan faktor risiko penting terjadinya penyakit kardiovaskuler (terutama penyakit jantung koroner), sedangkan peranan kolesterol waktu itu masih belum begitu jelas.

Integrasi dari kegiatan pencegahan dan pemberantasan penyakit kardiovaskuler terpilih dan penyakit menular dengan pelayanan dasar akan di dorong dan di bantu dengan pencegahan primer. Pendekatan akan berbeda

sesuai dengan prioritas nasional yang diberikan kepada masalah kardiovaskuler dan akan berkisar pada pencegahan primer dan primordial, misalnya pendidikan kesehatan di sekolah sampai program-program intervensi secara nasional yang ditujukan kepada merubah gaya hidup yang tidak sehat di seluruh masyarakat dengan cara intersektoral.

Boedhi-Darmojo dkk (1977,1985 dan 1988) melakukan studi epidemiologi dan faktor risiko penyakit jantung, mendapatkan bahwa penyakit jantung yang prevalen di masyarakat adalah penyakit jantung koroner dan hipertensi. Apabila kita tidak hati-hati dan tidak belajar dari pengalaman di negara maju, maka kemakmuran yang dicapai akan menimbulkan efek samping yang tidak diinginkan, sehingga akan mempengaruhi produktivitas, akibat menurunnya kualitas sumber daya manusia.

Faktor risiko kardiovaskuler utama yang dikenal digolongkan oleh Kaplan (1994) sebagai : 1). Sifat pribadi aterogenik. 2). Kebiasaan hidup atau faktor lingkungan yang tak ditentukan semauanya, yang meningkatkan faktor hospes. 3). Tanda penyakit praklinik dan 4). Kerentanan hospes terhadap semua pengaruh yang berbeda. Selanjutnya Kaplan mengatakan bahwa sifat risiko aterogenik mencakup lipid darah, tekanan darah dan diabetes klinik. Faktor ini bersama-sama berperan besar dalam menentukan kecepatan aterogenesis. Masing-masing telah berulang kali dapat diperlihatkan berhubungan bebas dengan kecepatan timbulnya PKV klinik dan luasnya aterosklerosis koroner.

II.2.a. Tingkatan Pencegahan Kesehatan

Arti yang sempit dari preventif / pencegahan adalah mencegah berkembangnya penyakit. Dalam istilah yang luas, preventif meliputi semua ukuran, termasuk terapi definitif, yang membatasi berkembangnya penyakit di titik manapun. Leavell dan Clark menentukan tiga tahap preventif ; preventif primer, skunder dan tersier. Masing-masing tingkat preventif ini memiliki poin yang berbeda dalam perkembangan proses penyakit.

Preventif primer :

Meliputi peningkatan kesehatan yang diketahui secara umum sebagai perlindungan spesifik terhadap penyakit.

Preventif sekunder :

Menekankan pada diagnosa dini dan pengobatan yang tepat untuk mencegah proses patologis, oleh karena itu mengurangi durasi (jangka waktu) penderitaan, dan kemungkinan individu untuk kembali pada keadaan kesehatan sebelumnya dalam waktu yang sesingkat mungkin.

Preventif tersier :

Tidak hanya menghentikan proses penyakit tetapi juga mencegah kecacatan. Tujuannya adalah mengembalikan pengaruh individu ke tempat yang sangat berguna dalam masyarakat meskipun dalam keadaan cacat.

Dalam tiga program tingkatan preventif terdapat 5 langkah seperti peningkatan kesehatan, perlindungan spesifik, diagnosa dini, pengobatan yang tepat dan membatasi kecacatan (preventif skunder), pemulihan dan rehabilitasi (preventif tersier). (Edelman C.L., 1994)

II.2.b. Pencegahan Primordial PJK

Dengan cara mengidentifikasi penyebab-penyebab penyakit yang dapat dimodifikasi, maka epidemiologi dapat memegang peranan utama dalam tindakan-tindakan pencegahan. Berbagai macam penelitian epidemiologi tentang penyakit jantung koroner yang dilakukan lebih dari 40 tahun yang lalu telah mengidentifikasi besarnya permasalahan. Penyebab utama dan strategi-strategi yang tepat untuk pencegahan dan pengendaliannya, sehingga mempunyai kontribusi untuk menurunkan mortalitas di beberapa negara-negara. Kebutuhan akan adanya tindakan pencegahan itu kini menjadi semakin banyak diterima di semua negara-negara di dunia mengingat bahwa keterbatasan kedokteran modern dalam menyembuhkan penyakit semakin nampak terbatas dan biaya pelayanan kedokteran semakin tinggi.

Empat tingkat pencegahan yang disesuaikan dengan fase-fase yang berbeda dari perkembangan penyakit dapat diidentifikasi sebagai berikut :

- Primordial
- Primer
- Sekunder
- Tersier

Semua yang tersebut di atas adalah penting dan saling melengkapi, meskipun tindakan pencegahan primordial dan primer itu mempunyai kontribusi terbesar bagi kesehatan dan kesejahteraan dari populasi secara keseluruhan.

Tingkat pencegahan primordial adalah tingkat yang paling baru dikenal, yang diidentifikasi sebagai hasil dari adanya peningkatan pengetahuan tentang epidemiologi penyakit kardiovaskuler. Sudah cukup diketahui bahwa penyakit jantung koroner terjadi di dalam sebuah skala yang besar bila penyebab dasar yang bersangkutan dengan hal yang itu jelas, yakni diet yang banyak mengandung lemak jenuh berasal dari hewan.

Di tempat tertentu, misalnya di Cina dan Jepang, penyebab ini tidak ada, sehingga penyakit jantung koroner tetap merupakan sebuah penyebab mortalitas, morbiditas yang langka, meskipun faktor-faktor risiko yang penting lainnya mempunyai frekuensi yang amat tinggi, misalkan saja adalah frekuensi menghisap rokok dan tekanan darah tinggi.

Tingkat-tingkat pencegahan

Tingkat Pencegahan	Fase Penyakit	Sasaran
Primordial	Kondisi-kondisi yang Mengarah ke penyebab	Populasi total dan kelompok yang terseleksi
Primer	Faktor-faktor penyebab Spesifik	Populasi total, kelompok-kelompok yang terseleksi dan Individu-individu yang sehat
Sekunder	Penyakit dalam tahap Dini	Penderita-penderita
Tersier	Penyakit dalam tahap akhir (pengobatan, rehabilitasi)	Penderita-penderita

Tujuan dari pencegahan primordial adalah untuk menghindari kemunculan dan kemapanan di bidang sosial, ekonomi dan pola kehidupan

yang diketahui mempunyai kontribusi untuk meningkatkan risiko penyakit. Sebagai akibat meningkatnya umur harapan hidup, maka penyakit-penyakit yang tidak dapat ditularkan, terutama rudapaksa karena kecelakaan, kanker dan penyakit jantung koroner akhirnya menjadi relatif lebih penting bagi masalah-masalah kesehatan masyarakat.

Pencegahan primordial itu juga diperlukan dalam kaitannya dengan efek-efek global dari polusi udara (efek rumah kaca, penurunan lapisan ozon) dan efek dari kabut di perkotaan terhadap kesehatan (terhadap terjadinya penyakit paru, penyakit jantung). Sebagai contoh, konsentrasi SO₂ (ulfurdioksida) di atmosfer di beberapa kota yang berada di atas nilai ambang batas yang direkomendasikan oleh WHO.

Dengan sangat disesalkan, pentingnya peranan pencegahan primordial itu acapkali terlambat untuk disadari. Diberbagai negara, penyebab-penyebab dasar dari penyakit yang spesifik itu sudah diketahui, meskipun wabah-wabah penyakit tetap saja bermunculan dimana-mana. Jumlah orang yang menghisap rokok di negara-negara yang sedang berkembang terus meningkat dengan teramat cepatnya, sebaliknya secara keseluruhan jumlah konsumsi rokok di negara-negara yang sudah maju menurun secara tajam. Sudah pernah diperkirakan bahwa kira-kira pada tahun 2010 itu akan terjadi lebih dari 2 juta kematian pertahun, di negara Cina, sebagai akibat dari adanya penyakit-penyakit yang berhubungan dengan menghisap rokok, yaitu bila sejak sekarang tidak dilakukan usaha besar untuk menurunkan jumlah perokok.

Di lapangan, pencegahan primordial yang efektif itu memerlukan adanya peraturan yang keras dari pemerintah dan ketentuan tentang fiskal agar dapat menghentikan promosi penjualan rokok serta menurunkan lama waktu menghisap rokok. Beberapa pemerintah negara-negara yang tertentu telah mempunyai kebijaksanaan politik guna mencegah timbulnya wabah yang disebabkan oleh rokok. Semua negara-negara tersebut di atas merasa perlu untuk mencegah penyebaran dari gaya hidup yang tidak sehat dan pola-pola konsumsinya, sebelum hal itu berurat dan berakar di masyarakat dan budayanya. Semakin dini pencegahan-pencegahan itu dimulai, maka biaya yang diperoleh akan menjadi lebih efektif.

Pencegahan primordial untuk penyakit jantung koroner itu seyogyanya adalah meliputi hal-hal ini : ditentukannya kebijakan-kebijakan nasional dan program-program tentang nutrisi yang melibatkan sektor pertanian, industri makanan dan sektor ekspor/import makanan; kebijakan-kebijakan terpadu untuk mengurangi jumlah perokok; program-program pencegahan hipertensi; dan program-program untuk mempromosikan latihan fisik secara teratur (olah raga secara rutin). Contoh tentang pengendalian merokok tersebut di atas memperlihatkan bahwa tanggung jawab pemerintah yang amat besar itu benar-benar diperlukan untuk melaksanakan pencegahan primordial yang efektif.

Sedangkan bedanya pencegahan primordial dengan pencegahan primer sebagai berikut :

Tujuan dari pencegahan primer adalah untuk mengurangi insidensi penyakit dengan cara mengendalikan penyebab-penyebab penyakit jantung

koroner di hampir semua negara-negara industri maju disebabkan oleh tingginya faktor-faktor risiko yang ada di dalam populasi tersebut secara keseluruhan, jadi bukan terhadap permasalahan industrinya sendiri. (Kaplan, 1994)

II.3. KEMAMPUAN IBU UNTUK MENGASUH ANAK

Kelahiran bayi adalah permulaan dari sebuah unit. Semua anggota dari keluarga harus mempelajari peraturan baru ketika unit tersebut memperluas fungsi dan tanggung jawab. Orang tua harus pandai dalam memenuhi kebutuhan bayi, tetapi mungkin saja kurang dalam kemampuan merasakan setiap pertumbuhan diri dalam tugas sebagai orang tua.

Beberapa ibu tumbuh dengan cepat selama periode tersebut ketika bayi membutuhkan hampir semua perawatan serta pengasuhan. Mereka dapat menemukan dukungan satu sama lain dan dalam hubungan kekeluargaan dari teman. Pasangan yang mendapat kepuasan sebagai orang tua kelihatan menyadari bahwa pengaruh sebagai orang tua dimulai pada kelahiran dan satu hal yang merupakan faktor terpenting pada fisik anak, emosional, pengembangan kesadaran ; mereka siap untuk memikul tanggung jawab tergantung besarnya kedewasaan mereka sendiri, bagaimana mereka merawat anak-anak, perasaan mereka sendiri, budaya, kelas sosial dan agama, hubungan mereka dengan yang lain, nilai-nilai hidup mereka dan filosofi hidup ; daya tanggap mereka dan pengalaman dengan anak-anaknya serta orang dewasa lainnya, dan tekanan hidup yang telah mereka alami. Hubungan yang langsung

telah ditemukan antara tingkat kesehatan emosional anak-anak dan tingkat antara hubungan emosional orang tua adalah positif.

Ibu bisa mempunyai lebih dari satu orang anak dan setiap anak tumbuh dan berkembang. Anak pra sekolah memerlukan ketergantungan yang besar pada keluarga. Ibu dengan anak pra sekolah harus waspada pada kebiasaan kemajuan kesehatan terhadap makanan yang layak, olah raga. Tidur dan kesehatan gigi. Melalui contoh mereka, rutinitas yang mereka berikan pada anaknya dan kegunaan dari kekuatan positif, orang tua dapat melakukan banyak hal dalam mengajar anak pra sekolah tentang kesehatan.

Ibu yang mempunyai anak usia sekolah bisa mencapai nilai asuhan maksimum bila terjadi hubungan timbal balik. Masalah terbesar orang tua selama masa ini ada dua antara lain keinginan diri dan mencari masukan dalam mengembangkan generasi berikutnya. Yang kedua, tugas-tugas pengembangan dunia anak-anak usia sekolah. Perkembangan yang diterima dari sekolah adalah salah satu tugas penting bagi sosialisasi anak. Visi sosial dan tujuan pendidikan dalam kebudayaan keluarga dan tujuan dari orang tua sangat penting pada masa pengembangan ini. Seperti contoh, banyak kesempatan pendidikan terdapat di sekolah untuk mempengaruhi anak agar mengembangkan keinginan kebiasaan sehat mereka dan untuk memperoleh kepercayaan yang sehat terdapat kesehatan. Pendidikan kesehatan di sekolah diutamakan terhadap masalah seperti merokok, obat terlarang, penyalahgunaan alkohol. Sehingga pesan yang diberikan melalui kesehatan itu menjadi masalah dan krisis penyesuaian diri, ketika anak-anak harus mempelajari aspek

positif kebiasaan hidup sehat. Akibatnya, tak satupun di sekolah maupun di rumah dapat mempersiapkan anak usia sekolah dengan keahlian yang nilainya berkembang lebih baik tentang kesehatan dan membuat keputusan tentang kebiasaan ambil risiko dan akibat-akibatnya. Selama periode pengembangan ini ibu sangat mempengaruhi di rumah dan di sekolah dalam mengajari anak-anak bagaimana melalui risiko bagi keinginan terhadap tingkah laku tertentu dan keuntungan apa yang dicari ketika melakukan tingkah laku yang lain. (Satoto, 1990)

II.4. KEBIASAAN HIDUP KELUARGA

Gaya hidup yang mempredisposisi individu ke PKV ditandai oleh diet yang terlalu banyak, lemak jenuh, kolesterol dan garam serta oleh kelambanan fisik, penambahan berat badan yang tidak terkendalikan, merokok sigaret dan penyalahgunaan alkohol. (Boedi Darmojo, 1996)

Menurut Edelman,(1994) terdapat fungsi pola kebiasaan hidup dalam kesehatan bagi keluarga yaitu :

1. Pola persepsi manajemen kesehatan
2. Pola makan dan metabolisme tubuh
3. Pola kebersihan individu dan lingkungan
4. Pola aktivitas latihan
5. Pola istirahat/tidur
6. Pola informasi/pengetahuan
7. Pola persepsi/konsep diri

8. Pola hubungan antar manusia
9. Pola seks dan kesehatan reproduksi
10. Pola toleransi menghadapi stress
11. Pola norma, nilai kepercayaan keyakinan.

II.5. LANDASAN TEORI

Sebagai landasan teori yaitu :

1. Perilaku ibu merupakan bagian dari perilaku kesehatan yang mempunyai tiga domain : pengetahuan, sikap dan praktik.
2. Praktik ibu yaitu melaksanakan apa yang diketahui dan disikapi yang dinilai baik.
3. Sebelum berperilaku, terjadi proses yang berurutan pada diri manusia yaitu:
 - a. Adanya kesadaran (*awareness*)
 - b. Merasa tertarik (*interest*)
 - c. Menimbang-nimbang (*evaluation*)
 - d. Mencoba berperilaku (*trial*)
 - e. Berperilaku (*adaption*)
4. Timbulnya kesadaran, bila didahului atau adanya stimulus (rangsangan).
5. Hasil hubungan antara stimulus dan tanggapan (*respon*). Oleh Skinner disebut perilaku.
6. Pembentukan perilaku sebagai berikut :
 - a. Melakukan identifikasi pendorong.

- b. Melakukan identifikasi komponen kecil yang disusun dalam urutan menuju terbentuknya perilaku.
 - c. Mengurutkan komponen sebagai tujuan sementara untuk pendorong.
 - d. Bila urutan komponen telah dilakukan dan mendapatkan pendorong kemudian dilakukan lagi, demikian berulang-ulang sehingga tanpa pendorong lagi.
- 7. Perilaku terhadap sakit dan penyakit yaitu respon baik secara pasif (respon internal, yaitu yang secara langsung tidak terlihat oleh orang lain) maupun bentuk aktif yang dapat diobservasi secara langsung.
 - 8. Pencegahan adalah membatasi berkembangnya penyakit dititik manapun.
 - 9. Atas dasar definisi menurut Winslow, Leavell dan Clark menentukan 3 tingkat pencegahan yaitu primer (promosi dan perlindungan spesifik), sekunder dan tersier.
 - 10. Fase yang berbeda dari perkembangan penyakit secara epidemiologis menyebabkan pencegahan PJK mempunyai 4 tingkat yaitu : primordial, primer, sekunder dan tersier.
 - 11. Pencegahan primordial PJK yaitu upaya untuk mencegah munculnya predisposisi terhadap PJK pada suatu populasi total dan kelompok yang terseleksi dimana belum tampak adanya faktor yang menjadi risiko PJK.
 - 12. Selain pencegahan primordial PJK, terdapat :
 - a. Pencegahan primer, yaitu upaya mencegah atau menghambat munculnya faktor risiko PJK pada populasi total, kelompok yang terseleksi dan individu sehat.

- b. Pencegahan sekunder, yaitu mencegah serangan ulang PJK dan penyakit dalam tahap dini pada penderita.
 - c. Pencegahan tersier, yaitu upaya pencegahan terhadap komplikasi atau kematian dengan sasaran penderita.
13. Penyakit jantung koroner mempunyai 2 macam faktor risiko :
- a. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi.
 - b. Faktor risiko yang sulit dimodifikasi.
14. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi :
- a. Kolesterol, triglestrid dan gula (diabetes mellitus) dimodifikasi melalui makanan.
 - b. Merokok.
 - c. Ketegangan/stress.
 - d. Kegemukan.
 - e. Kurang aktifitas fisik.
 - f. Tekanan darah tinggi.
15. Penyakit jantung koroner termasuk penyakit akibat perubahan *life style* atau gaya hidup.
16. Terdapat sebelas fungsi pola/hidup dan yang terkait PJK antara lain :
- a. Persepsi tentang penyakit jantung.
 - b. Pola makan.
 - c. Aktifitas dan eksersais.
 - d. Informasi pengetahuan penyakit jantung.
 - e. Toleransi menghadapi stres.

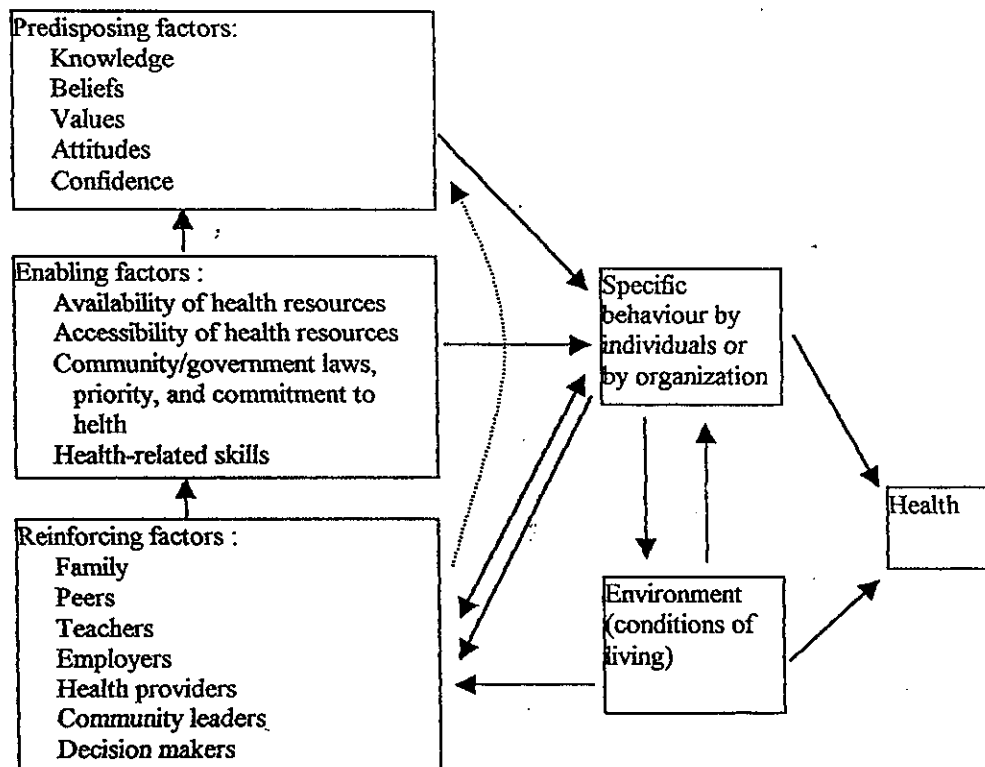
- f. Norma dan nilai keyakinan, misalnya merokok.

II.6. TELAAH PRAKTIK IBU

Praktik salah satu unsure dominan perilaku untuk menelaah faktor yang berhubungan dengan praktik ibu terhadap anak dalam pencegahan primordial PJK berdasarkan 2 teori yaitu :

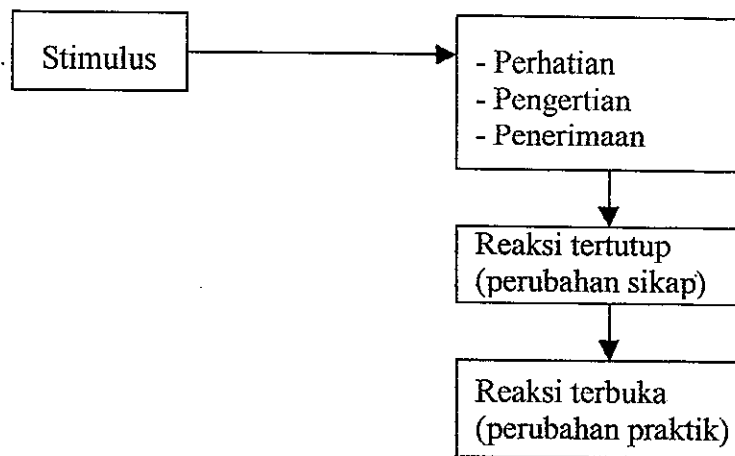
1. Teori Lauwrence W. Green
2. Teori S-O-R

Berdasarkan teori Lauwrence W. Green



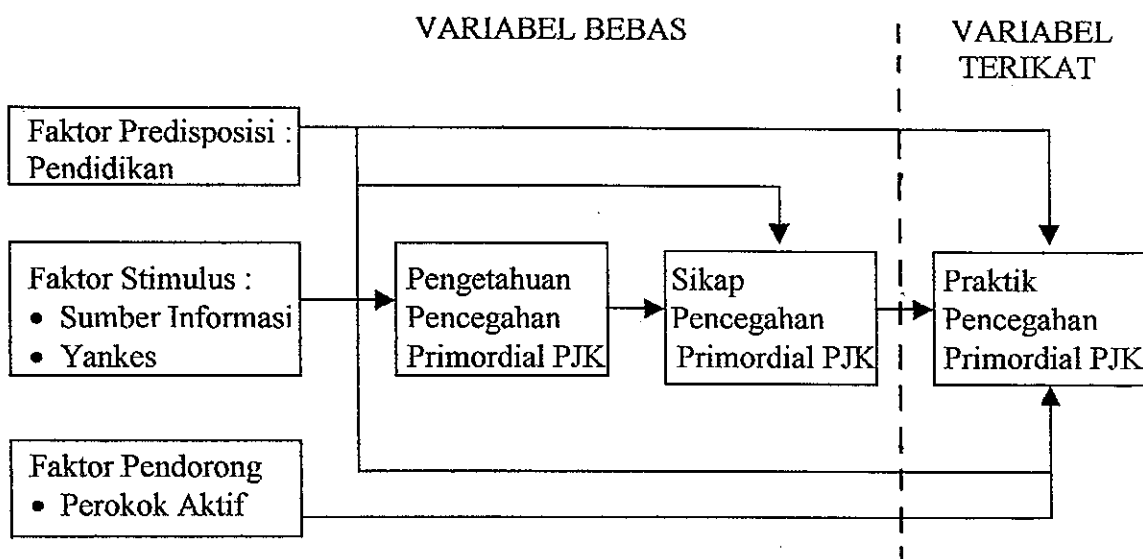
Bagan 5 : Teori perubahan perilaku Lauwrence W. Green
(Sumber : L.W. Green, Health Promotion Plannig, 2000)

Berdasarkan teori S-O-R



Bagan 6 : Teori S-O-R

II.7. KERANGKA KONSEP



II.8. HIPOTESIS

1. Ada hubungan faktor pendidikan ibu dengan faktor pengetahuan ibu tentang pencegahan primordial PJK.

2. Ada hubungan faktor pendidikan ibu dengan faktor sikap ibu tentang pencegahan primordial PJK.
3. Ada hubungan faktor pendidikan ibu dengan faktor praktik ibu tentang pencegahan primordial PJK.
4. Ada hubungan faktor pengetahuan ibu dengan faktor sikap ibu tentang pencegahan primordial PJK.
5. Ada hubungan faktor pengetahuan ibu dengan faktor praktik ibu mengenai pencegahan primordial PJK.
6. Ada hubungan faktor sikap ibu dengan faktor praktik ibu dalam pencegahan primordial PJK.
7. Ada hubungan faktor perokok aktif orang serumah dengan faktor praktik ibu dalam perokok pasif untuk pencegahan primordial PJK.
8. Ada hubungan faktor sumber informasi dengan pengetahuan ibu tentang pencegahan primordial PJK.
9. Ada hubungan faktor sumber informasi dengan sikap ibu tentang pencegahan primordial PJK.
10. Ada hubungan faktor sumber informasi dengan praktik ibu tentang pencegahan primordial PJK.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

III.1. JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Merupakan metode penelitian survai yang bersifat analitik, dan akan berusaha menjelaskan suatu keadaan. Metode penelitian survai adalah penelitian yang mengambil sampel dari satu populasi dengan menggunakan kuesener sebagai alat pengumpul data. Penelitian ini dilakukan dengan sekali pengamatan pada suatu saat tertentu yang di kenal dengan cara seksional silang atau belah lintang atau penelitian observasional. Penelitian analitik dengan metode kuantitatif untuk menguji hipotesa.

Disamping itu, pada pengumpulan data, khususnya pada beberapa variabel tertentu, dilakukan dengan pendekatan kualitatif melalui wawancara kelompok diskusi terarah, dimaksud untuk lebih memperjelas temuan metode kuantitatif, untuk pemahaman sosial yang lebih mendalam.

III.2. LOKASI DAN WAKTU PENELITIAN

Lokasi di desa Sinanggul Kecamatan Mlonggo Kabupaten Jepara. Kecamatan Mlonggo berjarak 8 Km kearah utara dari kota Jepara. Desa Sinanggul berada di Ibu Kota Kecamatan Mlonggo paling selatan. Perkembangan wilayah yang cepat dalam hal sosial, ekonomi, mobilitas penduduk akibat industri mebel menempatkan desa penelitian cenderung berkarakter semi perkotaan atau semi pedesaan.

Waktu penelitian, Minggu 4 juni 2003 sampai Minggu kedua bulan Juli 2003, untuk penelitian survai, dan penelitian kualitatif berlangsung pada minggu kedua dan minggu ketiga (11 Juli dan 18 Juli 2003). Di bantu tenaga pewawancara dua orang (1 tenaga S1-IPB dan 1 tenaga ahli madya gizi). Sedang untuk kelompok diskusi terarah, bersama 3 orang pengamat dan pencatat (selain 2 orang tenaga di atas, ditambah 1 tenaga dokter).

III.3. POPULASI, SAMPEL DAN RESPONDEN PENELITIAN

Populasi adalah ibu rumah tangga yang memiliki anak usia SD/bayi/balita (anak kandung) dan suami serumah, bertempat tinggal di lokasi penelitian, yaitu desa Sinanggul kabupaten Jepara.

Sampel diambil melalui *simple random* yaitu dengan *random number* dengan cara undian nomor urut pada kartu kepala keluarga lewat RT masing-masing. Dengan menggunakan rumus sampel untuk estimasi proporsi suatu populasi :

$$n = \frac{Z\alpha^2 PQ}{d^2}$$

$$p = 0,50$$

$$d = \text{Tingkat ketepatan absolut} = 10$$

$$Z\alpha = 1,960, \text{ maka}$$

$$n = \frac{(1,960)^2 \times 0,50 \times (1 - 0,50)}{0,10^2} = 91$$

Karena desa Sinanggul terdiri dari 45 RT, maka tiap RT ditarik 2 sampel, dengan metode "*random number*" yaitu dengan cara membuat daftar

nama ibu yang memiliki anak kandung usia bayi, balita, sekolah SD, sesuai urutan nomor kepala keluarga. Dari urutan nomor tersebut diundi 2 nomor terpilih sebagai sampel. Sehingga akan terkumpul 90 sampel. Nama ibu dari masing-masing sampel ditetapkan sebagai responden dalam penelitian ini. Dengan catatan menghilangkan 1 sampel dari 91 sampel. Hal ini dapat dimungkinkan karena besarnya populasi tiap RT ternyata ditemukan antara 7 – 8 ibu dengan rincian 38 RT mempunyai 7 ibu serta 7 RT mempunyai 8 ibu. Sehingga penyebaran populasi hampir merata setiap RT.

III.4. VARIABEL PENELITIAN

III.4.a. Variabel Bebas

- a. Pendidikan ibu
- b. Pengetahuan ibu tentang pencegahan primordial PJK.
- c. Sikap ibu terhadap pencegahan primordial PJK.
- d. Sumber informasi tentang pencegahan primordial PJK bagi ibu.

III.4.b. Variabel Terikat

Praktik ibu terhadap anak dalam pencegahan primordial PJK.

III.5. DEFINISI OPERASIONAL

No	VARIABEL DAN DEFINISI OPERASIONAL	SUB VARIABEL	SKALA	SKOR	KATEGORI	KETERANGAN
1	Pendidikan ibu : Yaitu jenjang pendidikan formal terakhir yang pernah ditempuh ibu		Ordinal		Kurang : s/d SD (6 Th) Baik : > 6 Th (SMP s/d PT)	
2	Pengetahuan ibu : Pemahaman dan informasi yang dimiliki ibu tentang pencegahan primordial PJK	Pengetahuan tentang : - Gejala penyakit jantung - Bahaya penyakit jantung - Penyebab penyakit jantung - Pencegahan penyakit jantung - Dengan : - merokok - asap rokok - makanan berlemak - aktivitas - Sejak anak/ bayi	Nominal	Ya : 2 Tidak : 1 Total : 25 - 50	Kurang : 25 - 37 Baik : 38 - 50	
3	Sikap ibu : Adalah penerimaan dan tanggapan ibu mengenai pencegahan primordial PJK	- Takut bahaya mati mendadak - Curiga gejala PJK - Biasa terkena PJK - Menular/tidak - Hindari asap rokok - Anak boleh merokok - Bebas makan berlemak - Upaya aktivitas - Usaha tidak stres	Ordinal	Tidak setuju : 1 Ragu-ragu : 2 Setuju : 3 Total : 9 - 27	Kurang : 9 - 17,0 Baik : 18 - 27	
4	Praktik Ibu : Adalah tindakan nyata yang diwujudkan dalam pencegahan primordial PJK	- Perokok aktif - Perokok pasif - Menasihati anak/orang serumah - Memasak makanan (3 hari)	Nominal	Ya : 2 Tidak : 1 Total : 11 - 22	Kurang : 11 - 16 Baik : 17 - 22	
5	Sumber informasi : Yaitu sumber yang merupakan orang atau benda lain yang menjadi asal mula ibu mendapatkan pengetahuan pencegahan primordial PJK	- Petugas kesehatan - Keluarga / teman - televisi - Radio - Buku - Koran - Bungkus rokok - Dukun	Nominal	Ya : 2 tidak : 1		

III.6. UJI KESAHIHAN DAN UJI KETERANDALAN

Guna mendapatkan data yang memenuhi persyaratan sesuai variabel dan sub variabel, di susun kuesener dalam 5 bagian.

- Bagian I : Identifikasi responden
- Bagian II : Karakteristik responden
- Bagian III : Pengetahuan responden
- Bagian IV : Sikap responden
- Bagian V : Praktik responden

Masing-masing bagian dibagi dalam nomor sub variabel. Khusus untuk kuesener pengetahuan, sikap dan praktik yang terdiri dari 44 pertanyaan dinilai tingkat validitasnya. Dengan melakukan uji coba kuesener dengan 30 responden di desa lain (desa Jambu Kecamatan Mlonggo Kabupaten Jepara, satu wilayah kecamatan dengan desa penelitian dan berada di tengah ibu kota kecamatan). Uji validitas dilaksanakan tanggal 21 Juni 2003. Ternyata skor semua pertanyaan berkorelasi dengan skor total (hasil terlampir), yaitu dengan menggunakan uji t dengan taraf signifikan 5% ($\alpha = 0,05$), dengan r dapat dilihat pada kolom korelasi total (jika r hasil > r tabel disebut sah).

Tabel III.1 : Hasil uji kesahihan

No. Soal	Hasil Uji	Kesimpulan
1. Pengetahuan P ₁ , P ₂ , P ₃ , P ₄ , P ₅ , P ₆ , P ₇ , P ₈ , P ₉ , P ₁₀ , P ₁₁ , P ₁₂ , P ₁₃ , P ₁₄ , P ₁₅ , P ₁₆ , P ₁₇ , P ₁₈ , P ₁₉ , P ₂₀ , P ₂₁ , P ₂₂ , P ₂₃	> 0,28259	Sahih
2. Sikap S ₁ , S ₂ , S ₃ , S ₄ , S ₅ , S ₆ , S ₇ , S ₈ , S ₉	> 0,30606	Sahih
3. Praktik PR ₁ , PR ₂ , PR ₃ , PR ₄ , PR ₅ , PR ₆ , PR ₇ , PR ₈ , PR ₉ , PR ₁₀ , PR ₁₁ , PR ₁₂	> 0,32505	Sahih

Selang 1 Minggu, dilakukan tes reliabilitas (keterandalan) terhadap responden yang sama dengan tes kesahihan, untuk mengetahui konsistensinya. Dari 44 pertanyaan, didapatkan hasil angka korelasi melebihi angka kritik taraf signifikansi 0,05.

Tabel III.2 : Hasil uji reliabilitas

No Soal	Hasil Uji	Kesimpulan
1. Pengetahuan P ₁ , P ₂ , P ₃ , P ₄ , P ₅ , P ₆ , P ₇ , P ₈ , P ₉ , P ₁₀ , P ₁₁ , P ₁₂ , P ₁₃ , P ₁₄ , P ₁₅ , P ₁₆ , P ₁₇ , P ₁₈ , P ₁₉ , P ₂₀ , P ₂₁ , P ₂₂ , P ₂₃	0,2657	Reliabel
2. Sikap S ₁ , S ₂ , S ₃ , S ₄ , S ₅ , S ₆ , S ₇ , S ₈ , S ₉	0,3143	Reliabel
3. Praktik PR ₁ , PR ₂ , PR ₃ , PR ₄ , PR ₅ , PR ₆ , PR ₇ , PR ₈ , PR ₉ , PR ₁₀ , PR ₁₁ , PR ₁₂	0,3525	Reliabel

III.7. PENGUMPULAN DATA

Terdapat 2 jenis data kuantitatif yang dikumpulkan yaitu :

1. Data Primer

Terkandung dalam isi kuesener. Pengumpulan data 2 orang pewawancara setelah melalui pelatihan singkat (1 orang S1 IPB, 1 orang ahli madya gizi).

Data primer meliputi :

1. Karakteristik responden
2. Pengetahuan ibu tentang :
 - a. Gejala PJK
 - b. Bahaya PJK
 - c. Penyebab PJK
 - d. Pertolongan PJK
 - e. Pencegahan PJK
 - f. Pencegahan PJK sejak anak/bayi
 - g. PJK menular/tidak
 - h. Sumber informasi PJK
3. Sikap ibu tentang :
 - a. Ketakutan bahaya PJK
 - b. Kecurigaan gejala PJK
 - c. Anggapan biasa gejala PJK
 - d. Merokok pada anak
 - e. Perokok pasif

- f. Pembatasan makanan berlemak
- g. Santai dalam hidup
- 4. Praktik ibu tentang :
 - a. Perokok aktif/pasif
 - b. Menasihati anak/orang serumah
 - c. Olah raga teratur
 - d. Jenis makanan sehari-hari

2. Data Sekunder

Meliputi keadaan demografi, geografi desa dan kegiatan pelayanan kesehatan Puskesmas khususnya mengenai promosi pencegahan PJK. Sedang data kualitatif dikumpulkan melalui kelompok diskusi terarah, dengan responden ibu-ibu terpilih dan suaminya, tergantung hasil pengolahan data kuantitatif, yaitu variabel atau sub variabel mana yang perlu dipertajam pemahamannya.

Pelaksanaan diskusi terarah, dibantu pengamat (seorang dokter peneliti kualitatif) dan pencatat (sarjana S1 IPB) serta berpedoman pada kuesener terbuka. Isi kuesener merupakan pendalaman materi temuan data kuantitatif. Dan data kualitatif ditentukan setelah pengolahan data kuantitatif.

III.8. PENGOLAHAN DATA

Untuk data kuantitatif :

1. "*Editing*" : Data terkumpul, dilakukan penyuntingan agar lengkap dan benar.

2. "*Clearing*" : Dilanjutkan pembersihan data guna menghindari banyaknya data yang tidak diperlukan.
3. "*Coding*" : Tiap sub variabel data diberi kode agar mudah untuk memasukkan data dalam komputer.
4. "*Skoring*" : Yaitu memberi skor pada tiap jawaban butir sub variabel :

Tidak	: 1
Ya	: 2
Tidak setuju	: 1
Ragu-ragu	: 2
Setuju	: 3
5. "*Entry*" data : Memasukkan data setelah melalui proses di atas dan siap untuk dilakukan pengolahan data. Pengolahan data melalui program SPSS versi 10,0. Selanjutnya disajikan secara diskriptif dan analitik sehingga dapat ditarik simpulan.

Untuk data kualitatif :

Pengolahan data kualitatif dengan cara menyimpulkan hasil diskusi terarah melalui metode analisis isi dengan langkah analisis model interaktif.

Yang terdiri dari 4 komponen :

1. Pengumpulan data
2. Penyederhanaan data
3. Penyajian data
4. Simpulan

III.9. JALANNYA PENELITIAN

1. Tahap persiapan
 - a. Menentukan populasi, Minggu 3 Juni 2003, ibu yang mempunyai anak kandung usia SD/bayi/balita.
 - b. Menghitung jumlah sampel, 91 responden, 21 Juni 2003.
 - c. Uji validitas dan reliabilitas dengan 30 responden di desa Jambu Kecamatan Mlonggo, Minggu ke-4 Juni 2003
2. Tahap penelitian (bab tersendiri)

III.10. KELEMAHAN PENELITIAN

Mengungkap pengetahuan dan sikap seseorang melalui wawancara, apalagi dengan metode belah lintang merupakan kesulitan penelitian ini. Sehingga hasil skor sikap dapat diperkirakan menjadi titik lemah.

Hal ini terjadi oleh karena pendidikan responden yang kurang menunjang dalam menjawab pertanyaan dengan materi yang cukup berbobot, dan berjumlah banyak untuk ukuran pendidikan SD dan SMP.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dapat dilakukan sesuai dengan rencana jadwal waktu penelitian. Demikian pula mengenai pelaksanaan metode penelitian, juga dapat dilakukan sesuai dengan rencana metodologi, jenis dan rancangan penelitian. Baik dalam pemilihan sampel, kunjungan rumah untuk wawancara dengan responden di lapangan pada tahap pengumpulan data kuantitatif dan kualitatif, maupun pada tahap pengelolaan data, hampir tidak ditemui hambatan yang berarti.

Namun berhubung materi penelitian tentang Pencegahan Primordial PJK, yang istilahnya jarang dikenal oleh masyarakat (termasuk pewawancara sendiri) khususnya bagi responden tingkat pendidikan menengah ke bawah, untuk itu diperlukan pewawancara yang sedikit berpengetahuan pencegahan primordial PJK serta terampil dalam ucapan kata-kata. Maka, sebelum terjun ke desa dilakukan pelatihan wawancara terhadap pewawancara dahulu, selama dua hari dengan sasaran latihan desa tetangga. Materi pelatihan meliputi teknik wawancara, latihan wawancara dengan bahasa setempat, dan pengetahuan PJK, serta tentang arti dan manfaat data.

A. Gambaran Umum Desa Penelitian

A.1. Geografi dan Demografi

Desa Sinanggul, merupakan desa yang terletak di ibu kota Kecamatan Mlonggo. Berjarak 8 km dari kota Jepara ke arah utara. Berada disepanjang pantai Laut Jawa sebagai batas sebelah barat.

Adapun batas wilayahnya yang lain :

- Sebelah utara : Desa Jambu, Kecamatan Mlonggo
- Sebelah selatan : Desa Suwawal, Kecamatan Mlonggo
- Sebelah timur : Desa Jambu dan Desa Slagi, Kecamatan Mlonggo

Desa Sinanggul terdiri dari 8 RW dan 45 RT dan masing-masing RW mempunyai satu posyandu.

Tabel IV.3 : Distribusi Penduduk Sinanggul
Berdasarkan Tingkat Pendidikan Tahun 2002

No	Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase
1.	Tidak Sekolah	24	9,30
2.	Tidak tamat SD/ sederajat	126	1,38
3.	Tamat SD/ sederajat	5.719	71,99
4.	Tamat SMP/ sederajat	1.172	14,75
5.	Tamat SMA/ sederajat	843	10,61
6.	Tamat Akademi/ PT	60	0,75
	Total	7.944	100

Sumber : Mlonggo Dalam Angka, 2002.

**Tabel IV.4 : Distribusi Penduduk Sinanggul Berdasarkan
Umur dan Jenis Kelamin Tahun 2002**

No	Umur	Jumlah		Total
		Laki-laki	Perempuan	
1	0 – 4	45	712	1.457
2	5 – 9	545	307	1.052
3	10 – 14	535	459	994
4	15 – 19	456	454	910
5	20 – 24	419	417	836
6	25 – 29	455	415	870
7	30 – 39	626	579	1.205
8	40 – 49	585	571	1.156
9	50 – 59	644	546	1.190
Total		5.678	4.764	10.382

Sumber : Mlonggo Dalam Angka, 2002

A.2. Sarana Pelayanan Kesehatan

Puskesmas Mlonggo berada di desa Sinanggul sehingga warga desa sepenuhnya mendapat pelayanan kesehatan yang jaraknya dekat, ± hanya 1 km. Disamping pelayanan Puskesmas pada pagi / siang hari, sore hari terdapat satu bidan, satu perawat dan satu dokter yang praktek swasta.

Menurut Kepala Puskesmas Mlonggo, belum ada program khusus untuk pemberantasan penyakit tidak menular, termasuk PJK. Sehingga saat ini tidak pernah dilakukan penyuluhan atau pemberantasan PJK. Laboratorium Puskesmas juga belum mampu mendeteksi PJK, kecuali hanya pemeriksaan fisik, kemudian bila dicurigai PJK akan dirujuk ke Rumah Sakit di kota

Jepara. Tidak ada data resmi di Puskesmas mengenai prevalensi PJK atau Stroke.

B. Hasil Univariat

B.1. Karakteristik Responden

Terkumpul 90 responden, dengan karakteristik umur sebagian besar antara umur 21 tahun – 30 tahun (43,3%), disusul umur 31 tahun – 40 tahun (42,2%), selebihnya umur 20 tahun (2,2%) dan umur 41 tahun – 50 tahun (12,3%). Responden yang memiliki 2 anak menduduki peringkat pertama, sebanyak 57 responden (63,3%), disusul peringkat 2 dan 3, yaitu 1 anak (13,3%) dan 3 anak (12,2%). Yang beranak 4, 5 responden (5,6%), dengan 5 anak, 4 responden (4,4%) dan 7 anak hanya 1 responden (1,1%).

Tingkat pendidikan formal responden sangat bervariasi. Sebesar 41,1% (37 responden) berpendidikan SLTP tamat. Urutan berikut 24,6% (24 responden) berpendidikan tamat SMA. Tamat SD sebanyak 16 responden (17,7%). Masih ada yang tidak sekolah 4 responden (4,4%). Meskipun berpendidikan tinggi juga ada sebesar 3,3% (tabel IV.5).

Tabel IV.5 : Distribusi Pendidikan Responden

JENJANG PENDIDIKAN	F	%
Tidak sekolah	4	4,4
SD / tamat SD	16	17,7
SLTP tak tamat	6	6,6
SLTP tamat	37	41,1
SLTA / tamat SLTA	24	24,6
Akademi / PT	3	3,3
Total	90	100,0

Bila pendidikan responden dikategorikan kurang dan baik, maka tabelnya sebagai berikut :

Tabel IV.6 : Distribusi Pendidikan Responden
Berdasarkan Kategori Tingkat Pendidikan

TINGKAT PENDIDIKAN	F	%
Kurang (s/d SLTP tidak tamat)	26	28,7
Baik	64	71,3
Total	90	100,0

B.2. Pengetahuan

Skor pengetahuan dihitung dari 25 pertanyaan pengetahuan dengan jawaban ya nilai 2 dan tidak nilai 1. Sehingga akan dicapai skor

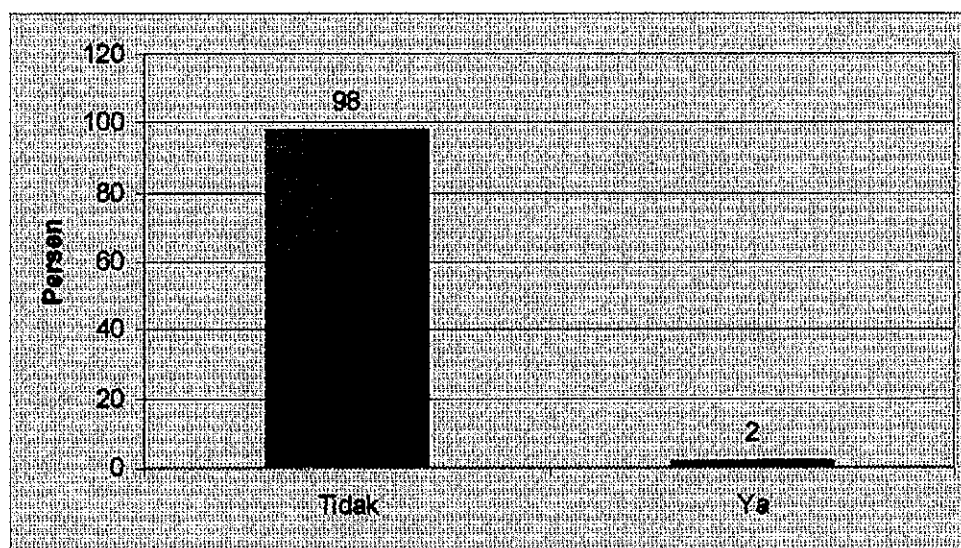
antara 25 – 50. Bila dikategori baik dan kurang berdasarkan nilai tengah, yaitu 37, maka distribusi pengetahuan sebagai berikut :

Tabel 7
Distribusi Pengetahuan

TINGKAT PENGETAHUAN	F	%
Kurang	5	5,6
Baik	85	94,4
Total	90	100,0

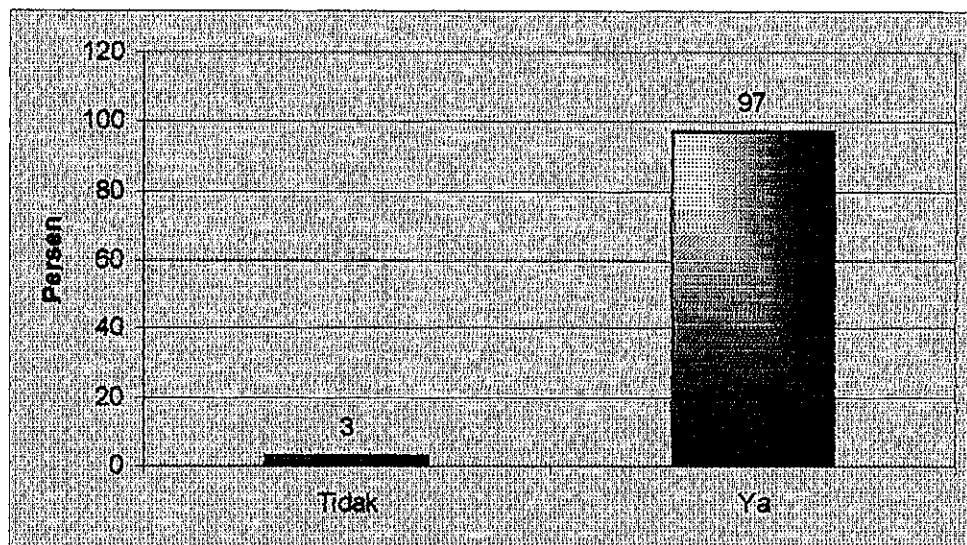
Pengetahuan meliputi gejala, bahaya, penyebab, pencegahan PJK. Pengetahuan bahwa penyakit jantung koroner dapat dicegah sejak anak dan bayi sangat sedikit yang tidak mengerti 88 responden (98%). Berarti yang mengerti hanya 2 responden (2%).

Dapat dilihat pada grafik berikut :

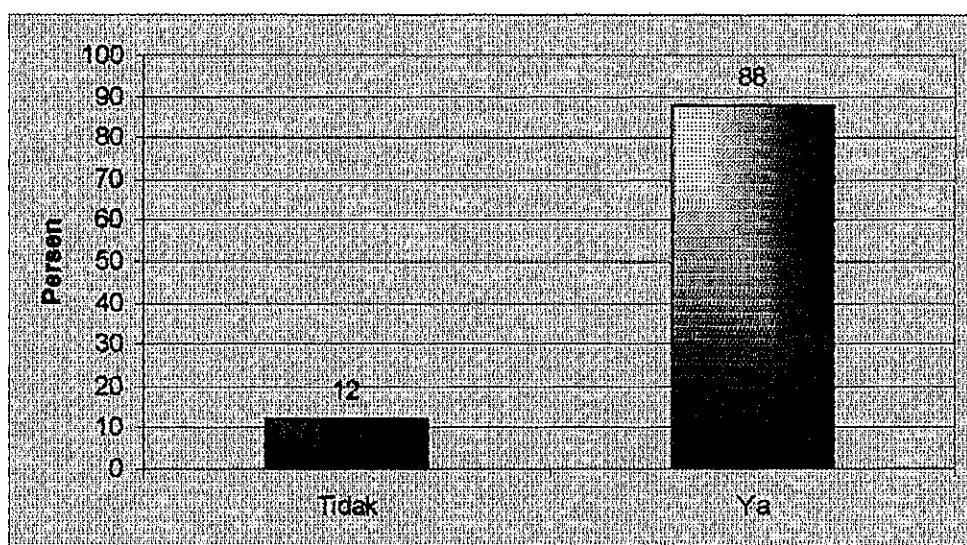


Grafik 1. : Pengetahuan PJK dapat dicegah sejak anak / bayi

Meskipun demikian pengetahuan tentang PJK dapat dicegah dengan tanpa merokok, mengurangi makanan lemak jenuh sudah diketahui oleh sebagian besar responden (lebih dari 90%). Grafik berikut ini menggambarkan.

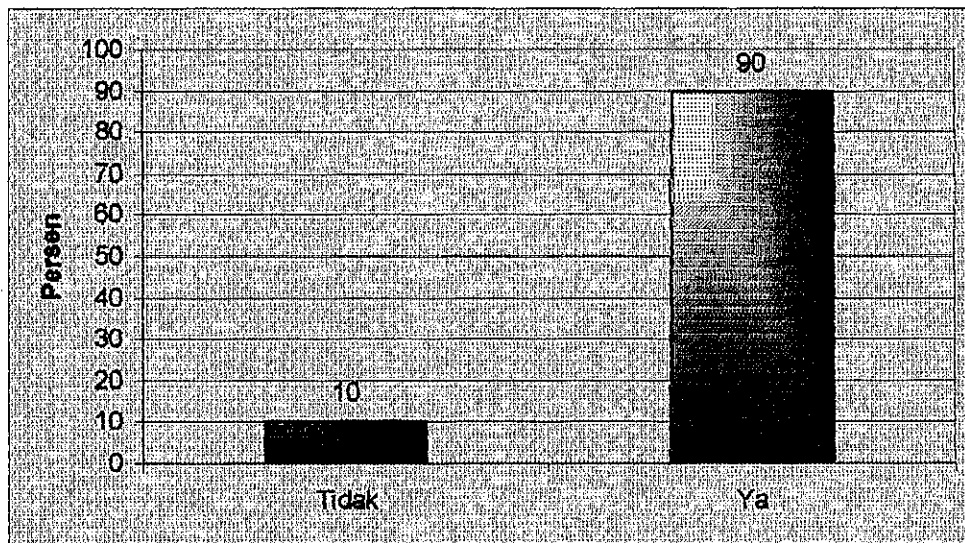


Grafik 2. : PJK dapat dicegah dengan tidak merokok

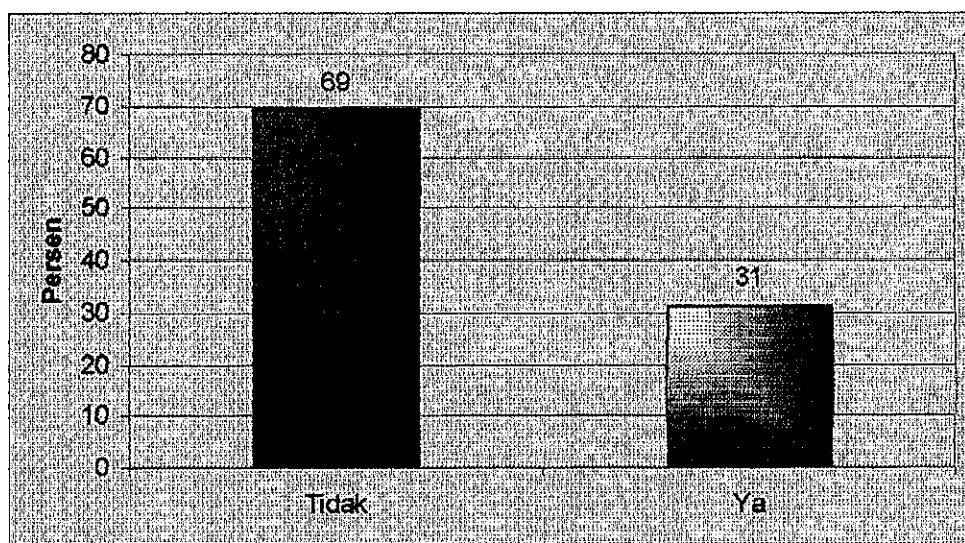


Grafik 3. : PJK dapat dicegah dengan mengurangi makanan berlemak jenuh

Bahwa PJK dapat mengakibatkan bahaya lumpuh separi dan mati mendadak, digambarkan pada grafik no. 4 dan grafik no. 5. Delapan puluh satu responden (90%) tahu bahwa bahaya PJK adalah mati mendadak. Namun bahaya lumpuh separi hanya dijawab 28 responden (31%).



Grafik 4. : Pengetahuan bahaya mati mendadak



Grafik 5. : Pengetahuan bahaya lumpuh separo

B.3. Sikap Responden

Skor perilaku sikap berdasarkan skala Linkert dengan jawaban :

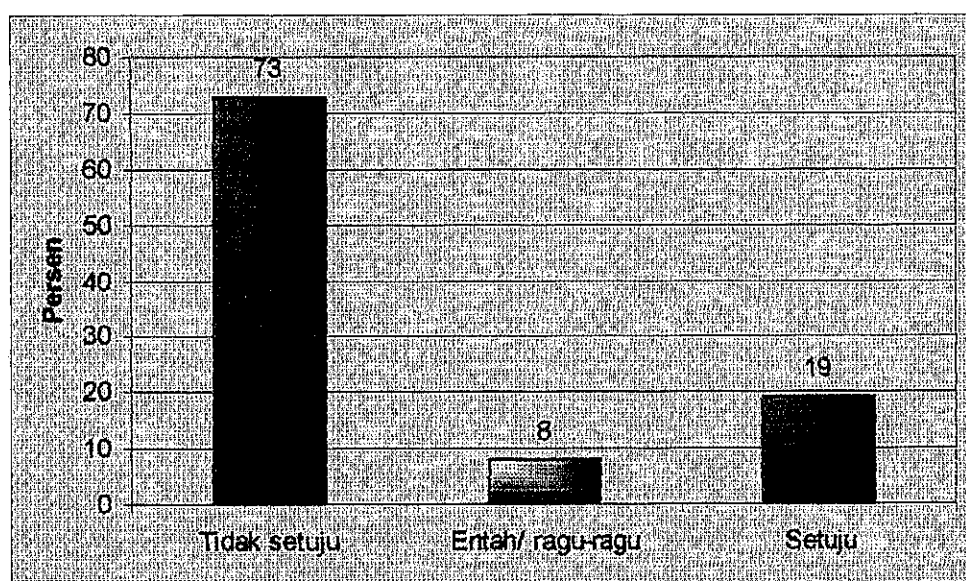
- Tidak setuju nilai 1
- Ragu-ragu nilai 2
- Setuju nilai 3

Maka didapatkan nilai antara 9 sampai 27 dari 9 pertanyaan. Dengan kategori baik dan kurang berdasarkan nilai tengah yaitu 17, maka distribusi sikap seperti di bawah ini :

Tabel IV. : 8. Distribusi Sikap

TINGKAT SIKAP	F	%
Kurang	42	46,7
Baik	48	53,3
Total	90	100,0

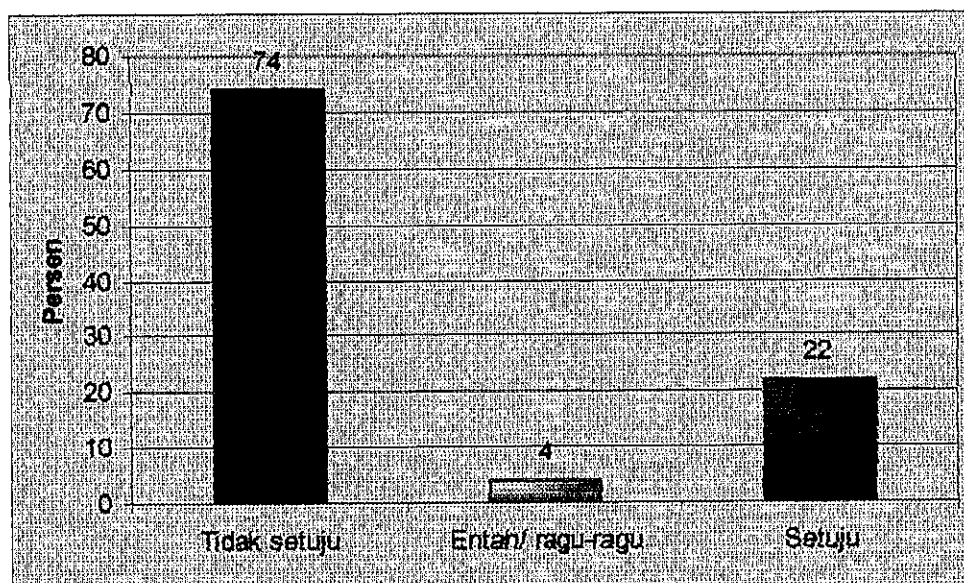
Sikap terhadap asap rokok agar dihindari masih memprihatinkan, hanya dijawab setuju oleh 17 responden (19%).



Grafik 6 : Sikap terhadap menghindari asap rokok

Demikian pula sikap bahwa anak boleh merokok. Yang tidak setuju hanya 20 responden (22%).

Sikap terhadap makanan berlemak dibatasi, setuju 80 responden (88%) dan olah raga teratur disetujui oleh 68 responden (75%).



Grafik 7 : Sikap anak boleh merokok

B.4. Praktik Responden

Dengan menjumlahkan jawaban ya nilai 2 dan tidak nilai 1 melalui 11 pertanyaan, maka hasil nilai antara 11 sampai dengan 22. bila kategori baik dan kurang berdasarkan nilai tengah 16, maka distribusinya akan terpapar dalam tabel ini :

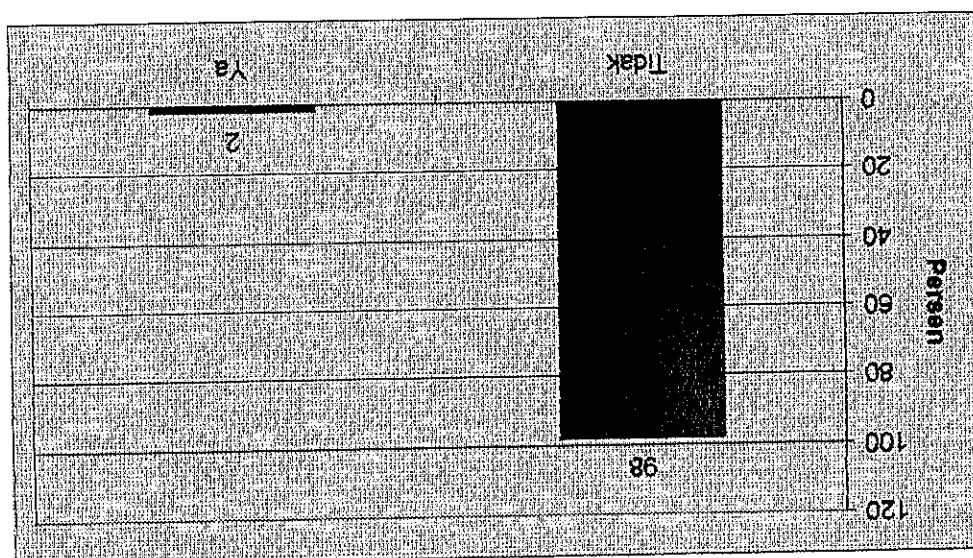
Tabel IV. 9 : Distribusi Praktik

TINGKAT PRAKTIK	F	%
Kurang	53	58,9
Baik	37	41,1
Total	90	100,0

Praktik yang kurang terutama ditunjang praktik menghindari asap rokok. Yang hanya menghindari 2 responden (2%).

Terdapat 76 responden (84%) yang suaminya perokok, dan 90 responden (100%) yang tidak pernah menasehati anaknya agar tidak merokok. Juga 56 responden (62%) tidak melakukan olah raga dengan teratur.

Grafik 8 : Praktik menghindari kepulan asap rokok



B.5. Sumber Informasi

Informasi tentang gejala PJK, bahaya PJK, pencegahan PJK melalui usaha tidak merokok, menghindari asap rokok, aktivitas rutin, pembatasan makanan berlemak, tidak stres, didapatkan dari berbagai sumber, dengan urutan dalam tabel berikut :

Tabel IV. 10 : Distribusi Sumber Informasi

NO	JENIS SUMBER INFORMASI	YA		TIDAK	
		f	%	f	%
1.	PETUGAS KESEHATAN	38	42,2	52	57,8
2.	KELUARGA / TEMAN	50	55,6	40	43,3
3.	TELEVISI	23	25,6	67	74,4
4.	RADIO	42	46,7	48	53,3
5.	BUKU	38	42,2	51	56,7
6.	KORAN	36	40,0	54	60,0

Tampak, bahwa sumber informasi terbanyak adalah teman / keluarga, disusul informasi dari radio, kemudian petugas kesehatan dan buku.

C. Uji Hipotesis

Untuk menguji hipotesa antara dua variabel dipakai uji analisis data yang tidak berdasarkan parameter populasi, tetapi untuk mencari perbedaan populasi dengan membandingkan karakteristik populasi. Data terukur dalam skala nominal dan ordinal.

Maka metode analisis data dengan metode analisis non parametrik, dengan hanya menggunakan data frekuensi dan derajat bebas, yaitu Tes Chi-Kuadrat.

Tabel IV. 11 : Hubungan Pendidikan Ibu dengan Pengetahuan Ibu

Pendidikan \ Pengetahuan	Kurang	Baik	Total
Kurang	3 11,5%	23 88,5%	26 100%
Baik	2 3,1%	62 96,9%	64 100%
Total	5 5,6%	85 94,5%	90 100%
$\chi^2 = 2,494$ $p = 0,114$ $df = 1$			

Dari analisis didapatkan hasil : tidak signifikan, sehingga tidak ada hubungan bermakna antara faktor pendidikan ibu dengan faktor pengetahuan ibu tentang pencegahan primordial PJK.

Tabel IV. 12 : Hubungan Pendidikan Ibu dengan Sikap Ibu

Pendidikan \ Sikap	Kurang	Baik	Total
Kurang	16 61,5%	10 38,5%	26 100%
Baik	26 40,6%	38 59,4%	64 100%
Total	42 46,7%	48 53,3%	90 100%
$\chi^2 = 3,249$ $p = 0,071$ $df = 1$			

Dari analisis didapatkan hasil : tidak signifikan, sehingga tidak ada hubungan bermakna antara faktor pendidikan ibu dengan faktor sikap ibu dalam pencegahan primordial PJK.

Tabel IV. 13 : Hubungan Pendidikan Ibu dengan Praktik Ibu

Pendidikan \ Praktik	Kurang	Baik	Total
Kurang	18 69,2%	8 30,8%	26 100%
Baik	35 54,7%	29 45,3%	64 100%
Total	53 58,9%	37 41,1%	90 100%
$\chi^2 = 1,615$ $p = 0,204$ $df = 1$			

Dari analisis didapatkan hasil : tidak signifikan, sehingga tidak ada hubungan bermakna antara faktor pendidikan ibu dengan faktor praktik ibu dalam pencegahan primordial PJK.

Tabel IV. 14 : Hubungan Pengetahuan Ibu dengan Sikap Ibu

Pengetahuan \ Sikap	Kurang	Baik	Total
Kurang	5 100%	0	5 100%
Baik	37 43,5%	48 56,5%	85 100%
Total	42 46,7%	48 53,3%	90 100%
$\chi^2 = 6,050$ $p = 0,014$ $df = 1$			

Dari analisis didapatkan hasil : signifikan, sehingga terdapat hubungan bermakna antara faktor pengetahuan ibu dengan faktor sikap ibu terhadap anak dalam pencegahan primordial PJK.

Tabel IV. 15 : Hubungan Pengetahuan Ibu dengan Praktik Ibu

Pengetahuan \ Praktik	Kurang	Baik	Total
Kurang	4 80,0%	1 20,0%	5 100%
Baik	49 57,6%	36 42,4%	85 100%
Total	53 58,9%	37 41,1%	90 100%
$\chi^2 = 0,975$ $p = 0,324$ $df = 1$			

Dari analisis didapatkan hasil : tidak signifikan, sehingga tidak ada hubungan bermakna antara faktor pengetahuan ibu dengan faktor praktik ibu dalam pencegahan primordial PJK.

Tabel IV. 16 : Hubungan Sikap Ibu dengan Praktik Ibu

Sikap \ Praktik	Kurang	Baik	Total
Kurang	32 68,1%	15 31,9%	47 100%
Baik	21 48,8%	22 61,2%	43 100%
Total	53 59,9%	37 41,1%	90 100%
$\chi^2 = 3,357$ $p = 0,067$ $df = 1$			

Dari analisis didapatkan hasil : tidak signifikan, sehingga tidak ada hubungan antara sikap ibu dengan praktik ibu dalam pencegahan primordial PJK.

Tabel IV. 17 : Hubungan Suami Perokok dengan Praktik Ibu

Suami Perokok \ Praktik	Kurang	Baik	Total
Ya	46 60,5%	30 39,5%	76 100%
Tidak	7 50,0%	7 50,0%	14 100%
Total	53 58,9%	37 41,1%	90 100%
$\chi^2 = 0,541$ $p = 0,462$ $df = 1$			

Dari analisis didapatkan hasil : tidak signifikan, sehingga tidak ada hubungan bermakna antara faktor suami perokok dengan faktor praktik ibu dalam pencegahan primordial PJK.

Untuk data sumber informasi, memilih sumber informasi yang terbesar yaitu sumber informasi keluarga dan teman (>50%).

Tabel IV. 18 : Hubungan Informasi Keluarga dengan Pengetahuan Ibu

Informasi Keluarga \ Pengetahuan	Kurang	Baik	Total
Ya	1 2,0%	49 98,0%	50 100%
Tidak	4 10,0%	36 90,0%	40 100%
Total	5 5,6%	85 94,4%	90 100%
$\chi^2 = 2,711$ $p = 0,100$ $df = 1$			

Dari analisis didapatkan hasil : tidak signifikan, sehingga tidak ada hubungan bermakna antara faktor sumber informasi keluarga dengan faktor pengetahuan ibu dalam pencegahan primordial PJK.

Tabel IV. 19 : Hubungan Informasi Keluarga dengan Sikap Ibu

Informasi Keluarga \ Sikap	Kurang	Baik	Total
Ya	20 40,0%	30 60,0%	50 100%
Tidak	22 55,0%	18 45,0%	40 100%
Total	42 46,7%	48 53,3%	90 100%
$\chi^2 = 2,009$ $p = 0,156$ $df = 1$			

Dari analisis didapatkan hasil : tidak signifikan, sehingga tidak ada hubungan bermakna antara faktor sumber informasi keluarga dengan faktor sikap ibu dalam pencegahan primordial PJK.

Tabel IV. 20 : Hubungan Informasi Keluarga dengan Praktik Ibu

Informasi Keluarga \ Praktik	Kurang	Baik	Total
Ya	30 60,0%	20 40,0%	50 100%
Tidak	23 57,5%	17 42,5%	40 100%
Total	53 58,9%	37 41,1%	90 100%
$\chi^2 = 0,057$ $p = 0,811$ $df = 1$			

Dari analisis didapatkan hasil : tidak signifikan, sehingga tidak ada hubungan bermakna antara faktor sumber informasi keluarga dengan faktor praktik ibu dalam pencegahan primordial PJK.

Bila hasil tes Chi-Kuadrat ini kemudian dibandingkan dengan korelasi non parametrik tes Spearman, ternyata sangat sesuai. Dengan menggunakan besarnya skor pengetahuan, skor sikap dan skor praktik ibu dalam pencegahan primordial PJK, dilakukan analisis dengan tes Spearman, hasilnya seperti tabel di bawah ini :

Tabel IV.21 : Hasil Analisis tes Spearman

		Pendidikan Ibu	Jumlah Skor Pengetahuan	Jumlah Skor Sikap	Jumlah Skor Praktik
Pendidikan ibu	Correlation Coefficion	1,000	,074	,072	,066
	Sig.(2-tailed)	,	,487	,499	,535
	N	90	90	90	90
Jumlah skor pengetahuan	Correlation Coefficion	,074	1,000	,483**	,182
	Sig.(2-tailed)	,487	,	,000	,087
	N	90	90	90	90
Jumlah skor sikap	Correlation Coefficion	,072	,483**	1,000	,114
	Sig.(2-tailed)	,499	,000	,	,283
	N	90	90	90	90
Jumlah skor praktik	Correlation Coefficion	,066	,182	,114	1,000
	Sig.(2-tailed)	,535	,087	,283	,
	N	90	90	90	90

** Correlation is significant at the 01 level (2-tailed)

Yang signifikan yaitu hubungan antara faktor pengetahuan ibu dengan faktor sikap ibu dalam pencegahan primordial PJK ($p=0,000/df=1/r_z=0,483$). Sehingga jumlah skor pengetahuan berhubungan secara signifikan ($p < 0,0001$) dengan jumlah skor sikap dan hubungan positif dengan kekuatan hubungan sedang ($\rho = 0,483$). Untuk hubungan faktor lain, tidak dijumpai signifikansi.

Kesederhanaan dari χ^2 -test, memiliki kekurangan karena hanya didasarkan pada perbedaan frekuensi dari 2 kategori. Terdapat metode alternatif yang memperbaiki kekurangan di atas, yaitu dengan membandingkan median peringkat dari sampel dalam skala ordinal. Metode analisis ini disebut tes Mann Whitney, yang cocok untuk uji hubungan faktor suami perokok dengan praktik ibu dalam pencegahan primordial PJK.

Tabel IV.22 : Hasil Analisis tes Mann Whitney

	Praktek suami	N
Jumlah skor praktik	Ya	76
	Tidak	14
	Total	90

	Jumlah skor praktik
Mann Whitney U	257,500
Wilcoxon W	3183,500
Z	-3,149
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002

Dengan tes Mann Whitney, antara suami perokok dengan praktek ibu dalam pencegahan primordial PJK, terdapat hubungan yang bermakna ($p=0,02$).

D. Hasil Analisis Kualitatif

D.1 Kelompok Diskusi Terarah Ibu

Responden ibu, dengan kriteria :

1. Suami perokok
2. Mengerti bahaya rokok
3. Tidak menghindari asap rokok
4. Berpengetahuan / sikap kategori baik

Sudah mengerti bahaya merokok, mengapa tidak menghindari asap rokok, dan suami tetap merokok ? Tujuh responden menjawab bahwa sudah berlangsung bertahun-tahun menghisap asap rokok, kok ya badannya sehat. Dalam hati kecil, juga ingin menghindar, namun apa boleh buat, situasi tidak memungkinkan. Dalam rumah isinya ya asap rokok. Katanya, saya tidak kuasa mengatasinya. Bahkan 3 responden sudah pasrah. Suami saya sulit dikendalikan. Selanjutnya mengatakan : suami saya itu orang "*dagel*", tidak dapat diberitahu. Kalau suami diberitahu : bahwa merokok sama dengan membakar uang, jawabannya tokh yang cari uang saya. Enam responden mengatakan, suaminya menjawab : "*Koe durung tahu ngrokok, ngrokoka, engko rak ora uwis-uwis*". Satu responden, malah bilang kalau sebelum kawin dahulu, suaminya sudah mengatakan harus menerima dirinya yang perokok.

Semua responden sangat setuju kalau pemerintah melarang merokok. Menurut mereka, istri sulit menasehati suami. Mereka bilang, "*wong*" menasehati anak saja sulit, apalagi ayahnya.

Sudah mengerti makanan berlemak beresiko penyakit jantung, mengapa masih memasaknya ? Contohnya, kalau hanya memasak bahan sayuran dan kacang-kacangan suaminya bilang : ah, ini belum makanan, mana lauknya ? bahkan dua responden, suaminya mengatakan : bu, ini kan makanan kambing, juga cara memasaknya selalu digoreng. Sudah tahu kalau selain digoreng, dapat dibakar, dipanggang atau di "*bacem*". Namun 6 responden menjawab, kalau dibakar rasanya "*pahit*", orang serumah tidak ada yang mau makan. 4 responden tidak biasa memasak dengan "*bacem*", bila masak "*baceman*" rasanya tidak enak. Sedang 2 responden mengatakan waktu untuk masak yang terbatas, sehingga paling mudah ya, telur goreng. Lha bagaimana, telur rebus juga tidak dimakan, katanya : *amis*.

D. 2 Kelompok Diskusi Terarah Suami

Semua responden mengatakan, merokok sejak sekolah SLTP/MTs, 5 orang responden tidak membeli sendiri, diberi atau minta temannya, 5 responden lainnya membeli sendiri lewat penjual eceran. Setiap hari pasti merokok, di luar sekolah, di rumah sendiri atau di tempat kerja mebel bersama pengrajin mebel setempat. Awal mula merokok di tempat pengrajin mebel, hanya 1 responden yang awalnya merasakan merokok di sekolah. Semuanya juga mengatakan, sejak anak-anak sudah ingin rokok. Sebelum sekolah sering mencuri rokok yang masih menyala, untuk dihisap cukup satu kali. Ingin menghisap rokok karena melihat kalau ayahnya merokok, kok rasanya enak, "*ndaleg*" katanya. Sepuluh orang tersebut melanjutkan merokok sampai sekarang, tanpa pernah berhenti. Bahkan 8 responden bercita-cita tidak akan berhenti merokok, sedang 2 lainnya akan berhenti bila ada gangguan nafas sakit. Mereka tetap merokok karena merokok itu nikmat, dapat mengurangi pikiran bila sedang ruwet. Delapan responden bilang merokok membuat pikiran tenang, nyaman, puas setelah makan. Kalau habis makan, tidak merokok rasanya tidak puas masih lapar. Sedang 2 responden mengatakan tidak mungkin lepas dari rokok, rokok harus ada diantara kedua jari. Kalau tidak demikian, tidak mampu berfikir seolah-olah tidak hidup, "*ora kelar ngglawaf*".

Semua responden merokok dengan membeli sendiri, saat ini rata-rata per hari 1 bungkus rokok. Sebelum terjadi krisis, 7 responden

menghabiskan 2 –3 bungkus/hari, sedang 3 responden tetap, rata-rata 1 bungkus/hari. Semua responden tidak mempunyai kesukaan merk rokok tertentu. Semua merk rokok sama saja namun semuanya mengatakan, bila ada rokok kretek, lebih memilih kretek dari semua merk, tidak tergantung harganya.

Ternyata semua responden mengerti bahaya merokok, bahkan rokok dapat menyebabkan penyakit paru, jantung, disadari oleh semua responden. Tetapi semua responden juga berpendapat, mengidap penyakit tersebut bersifat untung-untungan, bisa ya, bisa tidak. Empat responden menunjukkan bukti adanya tulisan peringatan pada label rokok. Tulisan itu tidak tegas menyatakan rokok menyebabkan penyakit jantung, paru..... namun tulisan peringatan tersebut : Merokok dapat menyebabkan gangguan

Maka kata : dapat membuktikan bisa ya, bisa tidak.

Sedang 6 responden memberi alasan bahwa penyakit itu hadiah atau hukuman dari Allah. Bila terkena penyakit akibat rokok ya diterima, toh belum tentu juga, katanya.

Semua responden mengerti kalau asap rokok juga berbahaya juga bagi orang di sekitarnya yang ikut menghisap rokok. Namun hanya 2 responden yang tahun bahwa asap rokok lebih berbahaya. Enam responden lain mengatakan bahayanya sama antara yang merokok dan penghisap asap rokok.

Dua responden di atas juga berpendapat, mengapa kalau rokok berbahaya bagi perokoknya sendiri atau orang di sekitarnya, kok petugas kesehatan juga merokok, seperti perawat dan dokter (responden menyebut nama perawat dan nama dokter setempat). Menurut mereka itu pertanda bahwa bahaya merokok itu baru peringatan. Bahkan 8 responden mempunyai pendapat bila rokok tidak dihisap oleh masyarakat, buruh rokok bisa kacau penghasilannya. Sehingga dengan tersenyum (4 responden) dan tertawa terbahak-bahak (4 responden) mengatakan : merokok sambil beramal, merokok tidak dapat dilarang, kata 6 responden, disambung 4 responden lainnya berpendapat : sedikit demi sedikit dikurangi, tetapi dokter harus memberi contoh dahulu. Yang menggembirakan, semua responden setuju kalau merokok diatur, misalnya disediakan ruangan tersendiri.

BAB V

PEMBAHASAN

1. ANALISA UNIVARIAT

1.a. Karakteristik

Desa penelitian merupakan desa transisi antara pedesaan dengan perkotaan atau semi perkotaan bila dilihat dari sisi geografis. Jarak 8 Km dari kota Jepara, cukup dekat bila dicapai dengan kendaraan roda dua atau empat. Sebagai Kabupaten industri rumah tangga mebel dengan ekspor per bulan 400 – 500 kontainer (Jepara dalam angka, tahun 2001), maka arus lalu lintas padat, mobilisasi penduduk desa ke kota atau sebaliknya, cukup tinggi.

Sangat disayangkan, sumber daya manusia desa penelitian tidak didukung pendidikan yang memadai. Masih dijumpai penduduk tidak sekolah 24 (9,3%), tidak tamat SD 126 (13,8%) dan belum mencapai pendidikan dasar 9 tahun, 5719 orang (71,99%). Meskipun angka ini lebih rendah dibanding seluruh Kabupaten, yaitu 78,4% (Jepara dalam angka, 2001) untuk tingkat pendidikan responden ternyata lebih tinggi dibanding tingkat pendidikan seluruh desa maupun Kabupaten. Didapatkan 64 responden (71,3%) berpendidikan dasar 9 tahun, sehingga tinggi 26 responden (28,7%) yang tidak tamat SLTP. Sedangkan yang tamat / tidak tamat SLTA dan Akademi / Perguruan Tinggi hanya 27 responden (27,3%). Sehingga responden belum

mengenal ilmu biologi khususnya mengenai organ jantung dan penyakitnya dari mata pelajaran sesuai kurikulum SMU.

1.b. Pengetahuan

Meskipun demikian, pengetahuan ibu mengenai pencegahan primordial PJK dapat dikatakan baik (kategori baik 94,4%). Pengetahuan tentang bahayanya, dan gejalanya serta penyebabnya menunjang kearah kategori baik. Namun tingkat pengetahuan yang baik tentang PJK, mendapat ganjalan utama. Justru, pengetahuan yang terpenting dalam pencegahan primordial PJK, yaitu pengetahuan bahwa PJK dapat dicegah sejak bayi/anak, belum dimiliki. Hanya 2 responden yang tahu bahwa PJK dapat dicegah sejak bayi/anak. Hal ini sangat mungkin terjadi, karena yang memahami pencegahan PJK adalah petugas kesehatan. Dengan melalui penyuluhan kesehatan, pengetahuan pencegahan primordial PJK akan sampai ke masyarakat. Tetapi berhubung pelayanan kesehatan pencegahan PJK belum pernah dilaksanakan, maka tentu saja hal itu terjadi. Tingginya persentase pengetahuan, ditunjang dengan pengetahuan ibu mengenai pencegahan melalui rokok (97%), melalui pembatasan makanan lemak jenuh (88%) dan pengetahuan bahayanya (mati mendadak 90%, lumpuh separo 69%).

1.c. Sikap

Sikap berkategori baik sangat tipis terpautnya dengan sikap berkategori kurang (selisih 4%). Sikap positif didapatkan dari sikap

terhadap olahraga teratur, sikap terhadap makanan berlemak yang dibatas. Namun sikap positif tersebut tidak mendapat dukungan dari sikap terhadap perokok aktif maupun sikap sebagai perokok pasif. Misalnya tidak mau menghindar dari asap rokok (72%), dan sikap anaknya boleh merokok (74%).

Dari data di atas dapat diduga sampai dimana tataran tingkat sikap ibu. Berdasarkan teori Allport (1954), sikap mempunyai 3 komponen yaitu kepercayaan, kehidupan kerasional dan kecenderungan untuk bertindak. Besarnya sikap yang kurang menunjang, akan mempengaruhi kepercayaan dan kehidupan emosionalnya. Maka pencapaian tingkat sikap sangat sulit untuk sampai pada tingkat menerima, tingkat merespon, atau tingkat menghargai apalagi tingkat bertanggung jawab. Maka komponen kecenderungan untuk bertindak, juga sulit terwujud.

1.d. Praktik

Apalagi pada kategori praktik sungguh memerlukan perhatian, karena kategori praktik kurang sebesar 58,9%. Praktik tidak menghindar dari kepulan asap rokok, tidak menasehati anak untuk tidak merokok, makan makanan berlemak, dan tidak menasehati anak untuk olahraga teratur merupakan faktor yang perlu ditindaklanjuti. Terdapat 76 responden (84%) yang suaminya perokok.

Sukidjo (2003) menyatakan bahwa untuk mewujudkan sikap menjadi perbuatan nyata diperlukan suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas, faktor pendukung dan dorongan pihak lain.

Maka yang kurang, semakin naik nilainya bila diurutkan dari domain pengetahuan (5%) sikap (42%) praktik (53%) perlu dianalisis lebih lanjut melalui analisis bivariat.

2. ANALISA BIVARIAT

Meskipun tidak ada hubungan bermakna antara pendidikan dengan pengetahuan ibu dalam pencegahan primordial PJK, namun di tengah pengetahuan ibu yang sudah baik masih terdapat 5 ibu (5,6%) yang berpengetahuan kurang, pengetahuan ibu yang baik (71,1%) berhubungan bermakna dengan sikap ibu, namun pengetahuan baik ini, tidak berhubungan bermakna terhadap praktik ibu. Demikian juga sikap ibu tidak berhubungan bermakna dengan praktik ibu.

Hal ini, sangat cocok dengan teori perubahan perilaku dari Green. Pengetahuan ibu, pendidikan ibu dan sikap ibu berkedudukan sebagai faktor predisposisi. Untuk mencapai perilaku spesifik individu, ternyata faktor predisposisi tidak mampu berdiri sendiri. Tetapi butuh kekuatan yang lain yang oleh Green disebut faktor pendukung yaitu sumber informasi dan faktor pendorong misalnya perilaku keluarga. Dalam Studi Perubahan Perilaku melalui Pendidikan Kesehatan yang dilakukan oleh David M. Levine dan L.W. Green (1973, 1974 – 1978, 1991) yang menggunakan hipertensi sebagai faktor risiko PJK (bertempat di Baltimore, Birmingham dan Davis Kalifornia) ditemukan bahwa tingkat kepatuhan jangka panjang terhadap terapi muncul sebagai tantangan.

Padahal persentase individu dalam pengobatan meningkat bermakna, yang berarti tingkat pengetahuan dan sikap berobat telah bagus. Namun kepatuhan terapi kurang. Ini menunjukkan bahwa pengetahuan serta sikap yang baik, tidak selalu berhubungan dengan praktik yang baik. Dalam studi itu disimpulkan pula bahwa peran faktor predisposisi dalam hal ini pengetahuan, perlu ditunjang dengan faktor yang memungkinkan yaitu kemudahan untuk patuh dan faktor yang memperkuat yaitu interaksi positif antara instruksi dan penguatan dokter.

Hubungan antara pengetahuan dan sikap terhadap praktik yang tidak seirama ini juga dikemukakan oleh Yatim Faisal (tahun 2000). Dikatakan bahwa "*rokok merusak kesehatan*", orang sudah tahu dan sudah pernah mendengar. Namun di nagara berkembang, 30% anak muda usia 10 – 29 tahun sudah menjadi perokok aktif serta meningkat 2% setiap tahunnya. Sukidjo (2003) dalam bukunya Pendidikan dan Perilaku Kesehatan menyatakan bahwa suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan atau praktik. Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan serta faktor pendorong dari pihak lain misalnya dari suami / keluarga.

Tampaknya untuk menuju faktor praktik, banyak faktor lain yang berperan. Pendapat Sukidjo diatas ternyata sesuai dengan hasil penelitian ini. Orang serumah yang perokok, meskipun melalui tes Chi-Kuadrat tidak bermakna terhadap faktor praktik ibu, namun hasil tes

Mann Whitney sangat signifikan. Sehingga hal ini dapat disebut sebagai faktor pendorongnya. Faktor pendorong untuk melakukan praktik yang tidak sesuai dengan pencegahan primordial PJK.

Orang serumah dalam hal ini suami yang perokok, memberi stimulus yang negatif dan berlawanan dengan cara pencegahan primordial PJK, yaitu merangsang menuju reaksi terbuka (perubahan praktik) untuk tindakan menghisap asap rokok bahkan sebagai stimulus perokok aktif bagi anaknya. Dalam konteks ini, teori SOR melandasinya.

Studi Framingham memperlihatkan bahwa kebiasaan merokok meningkatkan risiko kardiovaskular berupa terjadinya PJK, stroke dan gagal jantung (1990). Aulia Sani, mengutip penelitian Faccini dkk (1990), Mancia, mengutip hasil Primary Prevention Study di Swadia, menyatakan secara epidemiologis, merokok merupakan faktor risiko PJK yang kuat. Padahal, perlu diketahui bahwa menurut FCTC (Framework Convention on Tobacco Control), Indonesia adalah negara dengan konsumsi rokok nomor lima terbesar di dunia. Maka adalah wajar bila dalam penelitian ini ditemukan 76 suami responden (84%) yang perokok aktif. Dan akibat stimulus perokok aktif, 100% ibu tidak menasehati anaknya untuk tidak merokok.

Namun praktik ibu yang nilai kategori kurang 53 (58,9%) tidak hanya oleh karena faktor pendorong (Green, 1980) tetapi juga pengetahuan ibu bahwa penyakit jantung dapat dicegah sejak anak atau

bayi, belum banyak diketahui. Hasil penelitian menunjukkan yang mengetahui hanya 2 ibu (2,2%). Juga faktor pendukung menurut teori Green, sedikit sekali atau belum tampak, karena belum ada kegiatan pelayanan kesehatan baik lewat penyuluhan langsung maupun tidak langsung, atau program pemberantasan PJK oleh Puskesmas setempat. Sumber informasi dari petugas kesehatan (38; 42,2%) ternyata lebih kecil dibanding sumber informasi dari keluarga / teman (50; 55,6%). Ini membuktikan lemahnya kegiatan pendukung.

Praktik ibu yang kurang juga ditemukan sebabnya melalui penelitian kualitatif diskusi terarah untuk kelompok ibu dan kelompok bapak. Ibu-ibu merasa tidak kuasa lagi untuk mengatasi perokok aktif dari bapak. Katanya,

suami saya sulit dikendalikan, orangnya "*dagef*".

Hal ini mempengaruhi praktik dan sikap ibu untuk tidak menghindar dari asap rokok dan tidak menasehati anaknya untuk tidak merokok. Juga hidangan dengan lauk hewani berlemak harus tersaji, sebab menurut bapak, yang namanya lauk adalah daging hewan. Temuan kata :

ah ini belum makanan, mana lauknya.

Ditemukan pula bahwa bapak sulit atau tidak mungkin berhenti merokok. Alasannya, tidak merokok,

"*ora kelar ngglawat*".

Tulisan pada bungkus rokok yang cukup mendapatkan perhatian, disimpulkan oleh bapak tidak tegas menyebut : rokok menyebabkan kanker, penyakit jantung....., tetapi menggunakan kata "dapat".

Katanya, kalau menyebabkan penyakit, mengapa dokter juga merokok ?

Dalam membahas, agar pencegahan primordial PJK menjadi perilaku ibu, dibutuhkan keteladanan. Bukti bahwa keteladanan merupakan faktor yang berperan, temuan dari kelompok bapak, bahwa awal mula merokok karena tertarik pada ayahnya masing-masing yang juga perokok aktif. Kata bapak :

bila ayah sudah merokok, rasanya "*ndaleg*".

Sehubungan dengan keteladanan ini, maka sumber informasi baik dari keluarga, teman atau petugas kesehatan sangat berperan. Sebab selain melalui sumber informasi sebagai faktor pendorong, petugas kesehatan juga berperan sebagai faktor pendukung lewat pelayanan kesehatan. Disamping itu keteladanan untuk mencegah primordial PJK, maupun sebagai rangsangan atau stimulus. Menurut teori SOR, rangsangan menyebabkan proses stimulus untuk menuju reaksi yang tertutup (sikap) dan tingkah laku yang terbuka. Reaksi bersifat emosional terhadap stimulus sosial, tergantung warna obyeknya. Kaplan (1991) yang mengutip dari Levine dkk (1979), dalam Studi Perubahan Perilaku, Gaya Hidup serta Pemeliharaan Jangka Lama Pengobatan PJK, merekomendasikan untuk mengembangkan pengertian dan dukungan keluarga atau teman akrab bagi perilaku khusus untuk berperan.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

1. Kesimpulan

- a. Pengetahuan ibu tentang gejala, bahaya dan penyebab serta pencegahan PJK berkategori baik 88 responden (98%). Namun pengetahuan bahwa PJK dapat dicegah sejak anak/bayi masih kurang, yang mengerti hanya 2 responden (2%).
- b. Mengenai sikap ibu terhadap pencegahan primordial PJK, ternyata kategori kurang 42 responden (46,7%) dan kategori baik 48 responden (53,3%). Sikap anak boleh merokok, disetujui oleh 70 responden (74%).
- c. Mengenai praktik ibu dalam pencegahan primordial PJK, tingkat kategori kurang 53 responden (58,9%) berarti kategori baik 41,1%. Ibu yang menghindari asap rokok hanya 2 responden (2%). Seratus persen ibu tidak pernah menasehati anak agar tidak merokok. Dominasi suami terhadap ibu tampak dalam keputusan praktik ibu terhadap anak dalam pencegahan primordial PJK.
- d. Jenis sumber informasi yang terbanyak yang diterima oleh ibu yaitu keluarga / teman (55,6%), berikutnya radio (42%), dan disusul petugas kesehatan dan buku (38%).
- e. Sebagai faktor predisposisi ialah faktor pendidikan, faktor pengetahuan dan faktor sikap.

- f. Suami perokok merupakan faktor pendorong bagi praktik ibu untuk tidak melakukan pencegahan primordial PJK.
- g. Tidak terdapat program pelayanan kesehatan pencegahan primordial PJK, yang berperan sebagai faktor pendukung.
- h. Faktor pendidikan ibu tidak berhubungan bermakna dengan pengetahuan ibu, sikap ibu maupun praktik ibu dalam pencegahan primordial PJK. Namun faktor pengetahuan ibu berhubungan bermakna dengan sikap ibu dalam pencegahan primordial PJK, meskipun tak ada hubungan bermakna dengan praktik ibu. Sedang sikap ibu juga tidak berhubungan bermakna dengan praktik ibu dalam pencegahan primordial PJK.
- i. Terdapat hubungan bermakna antara faktor pendorong suami perokok dengan praktik ibu dalam pencegahan primordial PJK.
- j. Antara sumber informasi yaitu keluarga ternyata tidak berhubungan dengan praktik ibu terhadap anak dalam pencegahan primordial PJK.

2. Saran

a. Mempersempit ruang asap rokok

Saran kepada : Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara

Sasaran promosi (sekunder) : Suami/bapak

Alasan : Responden Suami menyetujui adanya ruang bebas asap rokok.

Strategi : Pendekatan area (mempersempit ruang rokok) dengan meningkatkan jumlah ruang bebas asap rokok pada instansi pemerintah, swasta dan tempat umum.

b. Penyusunan Konsep Etika Merokok Bagi Petugas Kesehatan

Saran kepada : Depkes RI

Alasan : Petugas Kesehatan perlu memberi teladan.

Strategi : Menerbitkan Per Men Kes Etika Merokok Bagi Petugas Kesehatan

c. Kampanye makanan tidak berlemak jenuh dan olahraga rutin serta bahaya rokok.

Saran kepada : Puskesmas Mlonggo Jepara

Sasaran Kampanye : Anak TK, SD, SMP

Strategi : * Sebagai materi dalam pelatihan "dokter kecil" UKS

* Membuat, memasang dan menjelaskan gambar dalam poster pencegahan PJK di Sekolah TK/SD/SMP:

DAFTAR PUSTAKA

1. Aulia Sani, 1994, Hipertensi dan Perokok, Jurnal Kardiologi Indonesia, Vol XVII, No.2, April-Juni.
2. Barnard Christian, 2002, Jantung Sehat, Penerbit Kaifa, Bandung, 146-147.
3. Bart Smet, 1994, Psikologi Kesehatan, PT. Gramedia Widia Sarana Indonesia, Jakarta, 24-25.
4. Bisma Murti, 1995, Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi, Gajah Mada University Press, Yogyakarta, 104, 341.
5. Boedhi Darmojo dkk, 1995, Penelitian Penyakit Kardiovaskuler di Masyarakat Pedesaan, Universitas Diponegoro Semarang.
6. Boedhi Darmojo dkk, 1996, Kecenderungan dan Determinan Penyakit Kardiovaskuler di Masyarakat Pedesaan, WHO MONICA PROJECT.
7. Boedi Darmojo, 2000, Penyakit Kardiovaskuler pada Usia Lanjut, Jurnal Kardiologi Indonesia, Vo XXV No.2, April-Juni.
8. Dede Kusmana, 2002, Preventive Measure for Coronary Artery Disease in the Asean Region, Indonesia View jurnal Kardiologi Indonesia, Vol XXVI, No.1, Januari-Maret.
9. Diah Krisnatuti, Rina Yenrina, 1999, Perencanaan Menu Penderita Jantung Koroner, Trubus Agriwidya, Jakarta, 6-10.
10. Djamaludin Ancok, 1992, Teknik Penyusunan Skala Pengukuran, Pusat Penelitian Kependudukan, Universitas Gajah Mada.
11. Edelman C.L, Mandle C.L, 1994, *Health Promotion, Throughout the Lifespan*, Mosby Year-Book. Inc, St. Louis, Missouri, 15-16, 192-193.
12. Green, Lawrence W, 1991, *Healt promotion planning*, Mayfield Publishing Company, London, 125-127.
13. Imam Suharto, 2000, Pencegahan dan penyembuhan penyakit jantung koroner, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 13, 27, 29-72.

14. Kaplan, Stamler, 1994, Pencegahan penyakit jantung koroner, EGC Penerbit Buku Kedokteran, Jakarta, 3, 162-169, 172-173.
15. Katz, J and Alyson Peberdy, 1997, *Promotion health, knowledge and practice*, The Open University, Macmillan Press Ltd, 69-70.
16. Kerlinger F.N., Pedhazur E. J., *Multiple regression in behavioral research*, Holt Rinechart & Winston, Inc, New York, 1-100.
17. Linda Ewles, Ina Simnett, 1994, Promosi kesehatan petunjuk praktis, Gajah Mada University Press, Yogyakarta, 55-56.
18. Mangkusitepu, 1997, Penyakit jantung dan usaha pencegahan, PT. Gramedia Widia Sarana, Jakarta, 69-92.
19. Mar'at, 1982, Sikap manusia perubahan serta pengukurannya, Ghalia Indonesia, Jakarta, 13, 26.
20. Materi Kuliah Epidemiologi Perilaku, 2000, Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro.
21. Materi Kuliah Penelitian Kualitatif, 2000, Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro.
22. Michel Petch, 1995, Penyakit jantung, Penerbit Arcan, Jakarta, 50-52.
23. Muninjaya, 1999, Manajemen Kesehatan, EGC Jakarta, 10-11-80.
24. Nico S. Kalangi, 1985, Makanan sebagai suatu sistem budaya ilmu-ilmu sosial dalam pembangunan kesehatan, PT. Gramedia, Jakarta, 46.
25. Purnawan Junadi, 1995, Pengantar analisis data, PT. Rineka Cipta, Jakarta, 41.
26. Saifudin Azwar, 1997, Sikap manusia, teori dan pengukuran, Pustaka Pelajar Offset, Yogyakarta 9, 21, 31.
27. Satoto, 1990, Pertumbuhan dan perkembangan anak, Disertasi Gelar Doktor Dalam Ilmu Kedokteran Universitas Diponegoro.
28. Setianto Budi, Sikap Kita Dalam Menghadapi Faktor Risiko, Jurnal Kardiologi Indonesia, No.3 Tahun XI, Juli-September 1989.
29. Soler Sabaris, Gopinathan, 1988, Selamatkan jantung anda, Balai Pustaka, Jakarta.

30. Soekidjo Notoatmodjo, 1997, Ilmu kesehatan masyarakat, Rineka Cipta, Jakarta, 95-140.
31. Soekidjo Notoatmodjo, 1993, Metodologi penelitian kesehatan, Rineka Cipta, Jakarta, 66-70.
32. Sukidjo Notoatmodjo, 2003, Pendidikan dan Perilaku Kesehatan, Rineka Cipta, Jakarta, 12, 26, 114.
33. Sudarwan Danim, 2000, Metode Penelitian untuk ilmu-ilmu perilaku, Bumi Aksara, Jakarta, 49.
34. Sudigdo Sastro Asmoro, 1992, Dasar-dasar metodologi penelitian klinis, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, 188.
35. Tinuk Istiarti, 2000, Menanti Buah Hati, Media Presindo, Yogyakarta, 23-30.
36. Wardoyo AB, 1996, Pencegahan penyakit jantung koroner, CV. Aneka, Solo, 8-9.
37. WHO, 1992, Pendidikan kesehatan, Universitas Udayana, Denpasar, 18.
38. Yatim Faisal, 2002, Jantung Koroner, Stroke, Meninggal Mendadak, Pustaka Populer Obor, 16,22,33-43.